

Escola Superior de Educação

Mestrado de Psicogerontologia Comunitária

Promoção da Saúde Mental em Gerontes através da Educação Social –
Estamos Juntos no caminho para a Inclusão

Elaborada por: Tatiana Filipa Silva Mestre

Beja

2016

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Educação

Mestrado de Psicogerontologia Comunitária

Promoção da Saúde Mental em Gerontes através da Educação Social –
Estamos Juntos no caminho para a Inclusão

**Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Educação
do Instituto Politécnico de Beja**

Elaborada por: Tatiana Filipa Silva Mestre

**Orientada por: Professora Doutora Maria Cristina Campos de
Sousa Faria**

**Coorientada por: Professora Doutora Adelaide Fernandes Pires
Malainho**

Beja

2016

Resumo

O presente trabalho consiste num estudo caso e procura compreender “De que forma a Educação Social promove a Inclusão Social e Saúde Mental, das gerontes da ULDM (Unidade de Longa Duração e Manutenção). Insere-se no âmbito de uma investigação ação. A recolha de dados foi realizada através de técnicas de investigação, tais como: pesquisa documental, observação direta, conversas informais, entrevistas semidiretivas ou semiestruturadas, instrumentos de avaliação psicológica e de avaliação do nível de independência do sujeito para a realização de dez Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD).

Para realizar o estudo contou-se com a participação de quatro idosas, ambas do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos. Os instrumentos de avaliação utilizados foram: a entrevista semiestruturada sobre saúde mental e bem-estar em gerontes (Faria, et al, 2012, citado em Saturnino, Cruz & Faria, 2013), o Inventário de Saúde Mental adaptado do Mental Health Inventory (MHI; adaptado por Ribeiro, 2001) e a Escala modificada de Barthel (Apóstolo, 2012).

Com a entrevista semiestruturada sobre saúde mental e bem-estar em gerontes (Faria, *et al*, 2012) recolheram-se os dados sociodemográficos; relativos ao historial de saúde; às dificuldades funcionais do sujeito; ao apoio social percecionado; à atividade; ao estado de saúde mental e à perceção de envelhecimento. Assim verificou-se que o envelhecimento das idosas não está a decorrer de forma ativa e bem-sucedida.

Na aplicação do Inventário de Saúde Mental, duas utentes não apresentam sintomatologia, uma apresenta sintomas moderados com valores indicadores de depressão e a outra utente apresentou resultados totais de sintomas graves, apresentando valores indicativos de carência de afeto positivo, laços emocionais o que resulta na baixa pontuação a nível do bem-estar positivo. Porém, também este fator contribui para que o distress, a perda de controlo emocional/ comportamental apresentem um valor baixo.

Na Escala modificada de Barthel a primeira pessoa apresenta uma dependência total. A segunda utente uma dependência severa. Por sua vez a terceira utente mostrou uma pontuação total de 51 pontos apontando para uma dependência entre os 51 e 75 pontos. A

quarta utente revela uma pontuação total de 58 pontos apontando também para uma dependência entre os 51 e 75 pontos.

Através dos dados recolhidos foi possível compreender o quanto importante é promover a Inclusão Social e a Saúde Mental, num momento em que as perdas a nível físico e psicológico influenciam tanto o bem-estar e a qualidade de vida.

Para que fosse possível a obtenção de um maior conhecimento sobre a ULDM e sobre o trabalho que lá é desenvolvido, foram feitas cinco entrevistas semidiretivas ou semiestruturadas à Direção Técnica/Assistente Social, ao Administrador, ao Enfermeiro, à Psicóloga e ao segundo Administrador/Diretor Clínico/Médico Fisiatra, para que fosse possível recolher mais informação sobre o objeto de estudo.

Tendo como base os resultados do trabalho de investigação realizado e no sentido de ultrapassar as necessidades construiu-se um projeto denominado de “Estamos Juntos no Caminho para a Inclusão” que tem como objetivo a Promoção da Inclusão Social e a Saúde Mental dos gerentes da ULDM através da Educação Social.

Palavras-chave: Gerente; Envelhecimento, Saúde Mental; Educação Social; Inclusão Social

Abstract

This work is a case study and seeks to understand "How Social Education promotes Social Inclusion and Mental Health, gerontes of ULDM (Unidade de Longa Duração e Manutenção). Is part of the scope of an action research. Data collection was conducted through investigative techniques, such as documentary research, direct observation, informal conversations, semi-directive or semi-structured interviews, psychological assessment instruments and assessment of the subject's level of independence to carry out ten Basic Activities Daily Living (ADL).

To conduct the study counted on the participation of four elderly women, both female, aged 65 to 94 years. The assessment instruments used were: a semi-structured interview on mental health and well-being in gerontes (Faria, et al, 2012, citado em Saturnino, Cruz & Faria, 2013), the Mental Health Inventory adapted from the Mental Health Inventory (MHI ; adapted by Ribeiro, 2001) and modified Barthel Scale (Apostolo, 2012).

With the semi-structured interview on mental health and well-being in gerontes (Faria, et al, 2012) were collected sociodemographic data; concerning the health record; the functional difficulties of the subject; social support perceived; the activity; the state of mental health and aging perception. Thus it was found that the aging of the elderly isn't happening of an active and successful way.

In implementing the Mental Health Inventory, two users do not show symptoms, one has moderate symptoms with depression indicators values and the other user has presented overall results of severe symptoms, provides indicative values of lack of positive affect, emotional ties which results in low score at the level of positive well-being. However, this factor also contributes to the distress, loss of emotional / behavioral control has a low value.

In the modified Barthel Scale, the first person has a total dependence. The second user a severe dependence. In turn, the third user showed a total score of 51 points, pointing to a dependency between 51 and 75 points. The fourth user reveals a total score of 58 points also pointing to a dependency between 51 and 75 points.

Through the data collected was possible to understand how important it is to promote Social Inclusion and Mental Health, at a time when losses to physical and psychological level influence both the well-being and quality of life.

To make it possible to obtain greater knowledge into the ULDM and the work that there is developed, was made five semi-directives interviews or semi-structured to the Technical Management / Social Worker, the Administrator, the nurse, the psychologist and the second Administrator / Director Clinical / Medical Psychiatrist, to make it possible to collect more information about the object of study.

Based on the results of this research work and in order to overcome the needs themselves it was build a project called " Estamos Juntos no Caminho para a Inclusão " which aims to Promoting Social Inclusion and Mental Health gerontes of ULDM by Social Education.

Keywords: Geronte; Aging, Mental Health; Social education; Social inclusion

Agradecimentos

Uma vez que esta dissertação de Mestrado faz parte do percurso do Mestrado de Psicogerontologia Comunitária, quero começar por agradecer a todas as pessoas que estiveram presentes, durante todo este caminho de alguma forma.

Quero agradecer primeiramente às pessoas idosas que participaram neste estudo, porque são elas que dão sentido a estudos como este.

Agradeço a todos os colaboradores do Lar Quinta São Sebastião que contribuíram para este estudo e um especial agradecimento às colegas que neste processo se revelaram verdadeiras amigas.

Agradeço à Professora Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria e à Professora Doutora Adelaide Fernandes Pires Malainho pelas suas orientações.

Sem nunca esquecer todo o apoio que a minha família me deu ao longo de todo o meu percurso académico, porque é por eles que eu luto para alcançar maiores conhecimentos para conseguir ser uma pessoa cada vez melhor no futuro.

Gostaria ainda de agradecer a todos os meus amigos que me apoiaram em todos os momentos deste processo, que me deram toda a força e toda a coragem para ultrapassar os momentos menos bons.

Quero também gratular todos os Educadores Sociais, porque juntos e com o contributo de cada um nós vamos conseguir vencer todas as barreiras que se colocam no nosso caminho, por ainda não sermos reconhecidos como profissionais essenciais.

*“Acreditamos que a educação sozinha não transforma a sociedade,
sem ela tampouco a sociedade muda.
Se a nossa opção é progressiva,
se estamos a favor da vida e não da morte,
da equidade e não da injustiça,
do direito e não do arbítrio,
da convivência com o diferente e não de sua negação,
não temos outro caminho senão viver a nossa opção.
Encarna-a, diminuindo, assim,
a distância entre o que dizemos e o que fazemos” (Freire, 1996).*

Índice

Resumo	2
Abstract	4
Agradecimentos	6
Índice.....	8
Índice de Figuras.....	12
Índice de Tabelas	13
Introdução	14
Parte I- Enquadramento Teórico	17
1. Envelhecimento.....	17
2. Saúde: Física, Mental e Social	22
3. Saúde Mental e Envelhecimento.....	30
4. Educação Social	36
5. Unidade de Longa Duração e Manutenção	40
6. Inclusão Social	46
7. Psicogerontologia Comunitária.....	52
Parte II- Estudo Empírico	56
8. Metodologia	56
8.1 Propósito e delimitação do problema	59
8.2 Instrumentos	61
8.3 Procedimento.....	64
8.4 Técnica de Recolha de Dados	64
8.4.1 A pesquisa documental	65
8.4.2 A observação	65
8.4.3 As conversas informais.....	66
8.4.4 As entrevistas.....	67
8.5 Participantes	67

9	Apresentação e discussão de Resultados	70
9.1	A Instituição Lar Quinta São Sebastião	70
9.1.1	Motivação	71
9.1.2	Recursos Físicos	71
9.1.3	Recursos Humanos	72
9.1.4	Clima Institucional	73
9.1.5	Objetivo da Instituição.....	74
9.1.6	Representação Social da Pessoa Idosa.....	75
9.1.7	Respostas Sociais.....	75
9.1.8	Dinâmicas sociais	76
9.1.9	Inclusão Social e Saúde Mental dos Gerontes	77
9.1.10	Promoção da Inclusão Social e Saúde Mental através da Educação Social	79
9.2	Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-Estar em Gerontes.....	81
9.3	Inventário de Saúde Mental.....	96
9.4	Escala Modificada de Barthel	100
9.5	Destaques para a intervenção em Psicogerontologia Comunitária	102
	Parte III - Proposta do Projeto de Intervenção.....	106
10.	Proposta do Projeto de Intervenção.....	106
10.1	Introdução.....	106
10.2	Objetivo geral	108
10.3	Objetivos específicos.....	108
10.4	Profissionais envolvidos no projeto	108
10.5	Público-alvo	109
10.6	Planificação da intervenção.....	109
10.7	Desenvolvimento sucinto das atividades a propor	111
10.8	Mapa de recursos.....	114

10.9	Avaliação do Projeto	116
10.10	Cronograma da Proposta de Plano de Atividades	125
11.	Síntese Conclusiva	126
	Bibliografia	130
	Apêndices.....	139
	Apêndice I.....	140
	Pedido de autorização para a realização do Projeto de Intervenção/ Dissertação na Unidade de Longa Duração e Manutenção da Quinta São Sebastião	140
	Apêndice II.....	142
	Consentimento Informado às utentes.....	142
	Apêndice III	144
	Guião das Entrevistas.....	144
	Apêndice IV	152
	Análise de Conteúdo da Entrevista à Diretora Técnica (Entrevista 1)	152
	Apêndice V	165
	Análise de Conteúdo da Entrevista ao Administrador	165
	(Entrevista 2).....	165
	Apêndice VI.....	179
	Análise de Conteúdo da Entrevista ao Enfermeiro	179
	(Entrevista 3).....	179
	Apêndice VII.....	188
	Análise de Conteúdo da Entrevista à Psicóloga.....	188
	(Entrevista 4).....	188
	Apêndice VIII	199
	Análise de Conteúdo da Entrevista ao Médico	199
	(Entrevista 5).....	199
	Apêndice IX.....	209

Análise de Conteúdo do Teste de Avaliação Neuropsicológica	209
Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem- Estar em Gerontes (Faria, et al, 2012)	209
Anexos	217
Anexo I Parecer do Lar Quinta São Sebastião, Lda.....	218
Anexo II	220
Teste de Avaliação Neuropsicológica.....	220
Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem- Estar em Gerontes_(Faria, et al, 2012)	220
Anexo II	228
Inventário de Saúde Mental adaptado do Mental Health Inventory (Ribeiro; 2001)....	228
Anexo IV	235
Escala modificada de Barthel (Apóstolo, 2012)	235
Anexo V	238
Organograma Lar Quinta São Sebastião, Lda.....	238

Índice de Figuras

Figura 1 - Esperança de vida à nascença, por sexos, Portugal, 1980-1982 a 2010-2012 (Delgado & Wall, 2014, p. 29)	17
Figura 2 - Índice de envelhecimento, Portugal, 1970 – 2012 (Delgado & Wall, 2014, p.29)	18
Figura 3 - Taxas de mortalidade específicas por grupos etários, Portugal, 1960 – 2012 (Delgado & Wall, 2014, p. 35)	19
Figura 4 - Esperança de vida à nascença, por sexos, Portugal, 1980-1982 a 2010-2012 (Delgado & Wall, 2014, p. 35)	19
Figura 5 Apresentação dos resultados das Dimensões e Dimensões Primárias dos dados recolhidos da Utente 1	97
Figura 6 Apresentação dos resultados das Dimensões e Dimensões Primárias dos dados recolhidos da Utente 2	98
Figura 7 Apresentação dos resultados das Dimensões e Dimensões Primárias dos dados recolhidos da Utente 3	99
Figura 8 Apresentação dos resultados das Dimensões e Dimensões Primárias dos dados recolhidos da Utente 4	100
Figura 9 Organograma Lar Quinta de São Sebastião, Lda.	239

Índice de Tabelas

Tabela 1 Apresentação dos Resultados da Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-estar em gerontes- Atividades Preferidas/ Prazenteiras	94
Tabela 2 Apresentação dos Resultados da Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-estar em gerontes- Avaliação da Saúde e do Bem-estar; Promoção da Saúde Mental	95
Tabela 3 Apresentação dos Resultados da Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-estar em gerontes- Envelhecimento.....	96
Tabela 4 Apresentação dos resultados da Escala Modificada de Barthel	101
Tabela 5 Objetivo geral, objetivos específicos, designação das atividades e exemplo das atividades do projeto de intervenção.....	116
Tabela 6 Avaliação/Registo dos Técnicos	120
Tabela 7 Guião da Entrevista das idosas da ULDM da Quinta São Sebastião que participaram no projeto	124
Tabela 8 Cronograma da proposta de plano de atividades.....	125

Introdução

Na nossa sociedade a velhice é cada vez mais uma realidade, visto que, os mais velhos constituem uma população que está a ganhar cada vez mais importância devido ao aumento da esperança média de vida. Atualmente, a velhice é vista como um problema social, o que acaba por influenciar a motivação dos idosos na realização de certas tarefas e/ou no usufruto do seu tempo livre. No fundo, esta população sente-se inútil porque a sociedade assim a rótula (Fonseca, 2006).

Segundo Fonseca (2006) a visão que se pretende privilegiar durante a velhice passa por enfatizar a complementaridade entre dois sistemas: primeiro o sistema biopsicológico sendo este intrínseco ao ser humano; e o segundo sistema é o socio-económico-político que reporta para um ambiente onde os contextos se inserem. O envelhecimento é um processo que comporta ganhos e perdas, cuja, a adaptação ao mesmo inclui variáveis intrínsecas e extrínsecas ao indivíduo. Segundo Neugarten & Datan (citado em Fonseca, 2006) a meia-idade decorre maioritariamente dos 40 aos 60 ou 65, caracterizando-se por “acontecimentos de natureza biológica e social que se caracterizam pelo topo da carreira profissional, saída dos filhos de casa, a morte dos pais, o climatério, ser avô/avó, as doenças, a reforma, a viuvez” (p. 34). Papalia & Olds (1992) afirma que “a reforma é o acontecimento que marca a passagem da meia-idade para a velhice” (p. 34).

Através da educação social a pessoa passe por um processo de transformação do indivíduo biológico para indivíduo social, sendo esta a aquisição de capacidades para participar e integrar-se no grupo no qual lhe corresponde viver (Díaz, 2006). A Inclusão Social procura a estabilidade social através da cidadania social, ou seja, todos os cidadãos têm os mesmos direitos na sociedade. A cidadania social preocupa-se com a implementação do bem-estar das pessoas como cidadãos, afirma Sheppard (2006) citado em Alvino-Borba & Mata-Lima (2011). Assim sendo, a Educação Social será a forma de encontrar o caminho para a Inclusão Social, porém torna-se imprescindível ter em conta não só os aspetos biossociais como os psicológicos relacionados com a saúde mental da pessoa idosa.

A Organização Mundial de Saúde define a saúde mental como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida,

trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere" (WHO, 2002). No presente estudo pretende-se compreender como é que este processo pode acontecer concretamente numa unidade de longa duração e manutenção. Segundo o art. 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho (citado em Administração Central do Sistema de Saúde, 2015) "A unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio".

Assim sendo, a pergunta que se coloca passa por compreender "De que forma a Educação Social promove a Inclusão Social e Saúde Mental, dos gerontes da ULDM", com o objetivo geral de compreender como promover a inclusão social e a saúde mental dos gerontes através da educação social, atingindo os objetivos específicos ao saber como promover a saúde (física, mental e social) dos gerontes; compreender a Inclusão Social no âmbito dos gerontes que habitem na Unidade de Longa Duração e Manutenção; entender de que forma a Educação Social pode contribuir para a Inclusão Social e Saúde Mental dos gerontes.

O trabalho que a seguir se apresenta consta de três partes que passamos a apresentar de seguida:

Na primeira parte apresenta-se o Enquadramento Teórico, de acordo com a revisão da literatura sobre as temáticas relacionadas com a questão de partida. Por conseguinte é necessário alcançar um maior conhecimento sobre temas como: o envelhecimento; a saúde física, mental e social; saúde mental e envelhecimento; educação social; unidade de longa duração e manutenção; inclusão social e psicogerontologia comunitária.

A segunda parte foi constituída pela respetiva Metodologia da qual faz parte: o propósito e delimitação do problema; os Instrumentos do Estudo que foram constituídos pela Entrevista semiestruturada de Avaliação Neuropsicológica (Faria, et al, 2012, citado em Saturnino, Cruz & Faria, 2013), Inventário de Saúde Mental adaptado do Mental Health Inventory (MHI) por Ribeiro (2001) e a Escala modificada de Barthel (Apóstolo, 2012); os procedimentos e as técnicas de recolhas de dados. As técnicas de recolhas de dados, é constituída pela: pesquisa documental, observação, conversas informais e entrevistas

semiestruturadas ou semidiretivas. Da metodologia ainda fazem parte os participantes da investigação.

Para finalizar a segunda parte foi apresentada a discussão de resultados da Entrevista Semiestruturada feita aos colaboradores da ULDM, ou seja a informação recolhida sobre a instituição. A discussão de resultados também é apresentada para: a entrevista semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-estar em gerontes, o Inventário de Saúde Mental e a Escala modificada de Barthel realizada às idosas. No sentido de facilitar a criação do Projeto de Intervenção, foram feitos alguns destaques para a intervenção em Psicogerontologia Comunitária.

Na terceira parte apresenta-se Proposta de um Projeto de Intervenção designado de “Estamos Juntos no Caminho para a Inclusão”. Este projeto é constituído por introdução; objetivo geral; objetivos específicos; profissionais envolvidos no projeto; público-alvo; planificação da intervenção; atividades a propor; mapa de recursos; avaliação do projeto e cronograma da proposta do plano de atividades.

E por fim a Síntese Conclusiva, bem como a Bibliografia consultada ao longo de toda a Dissertação de Mestrado.

Parte I- Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento

Desde o fim da segunda Guerra a esperança média de vida aumentou significativamente, é possível comprovar estes dados através dos censos realizados no ano 2011.

Após a segunda Guerra em 1945, nos anos 60 nasciam em Portugal cerca de 200 000 crianças por ano. Na década de 80 o valor desce para menos de 150 000 nascimentos anuais, caindo abaixo dos 100 000 (metade dos que se registavam no início do período em análise) em 2009 e de novo em 2011 e 2012, ano em que o valor ronda os 90 000 nascimentos de crianças com vida (Pina e Magalhães, cit. em Delgado & Wall, 2014).

As tendências do declínio dos nascimentos e aumento do envelhecimento demográficos levaram a que fossem sentidos impactos na taxa de fecundidade e na taxa de migrações, assim como na relação entre ambas. Assim sendo, para além do aumento da esperança de vida, contribuíram assim para o duplo envelhecimento demográfico.

Tais dados podem ser comprovados através da Figura 1, onde consta a representação da Pirâmide Etária de Portugal nos anos 1970, 1990 e 2012. Deste modo, é visível o envelhecimento da população em idade ativa, com a metade mais jovem desta faixa etária a reduzir-se e a metade mais idosa a aumentar, quando em comparação com anos anteriores. (Pina e Magalhães, cit. em Delgado & Wall, 2014)

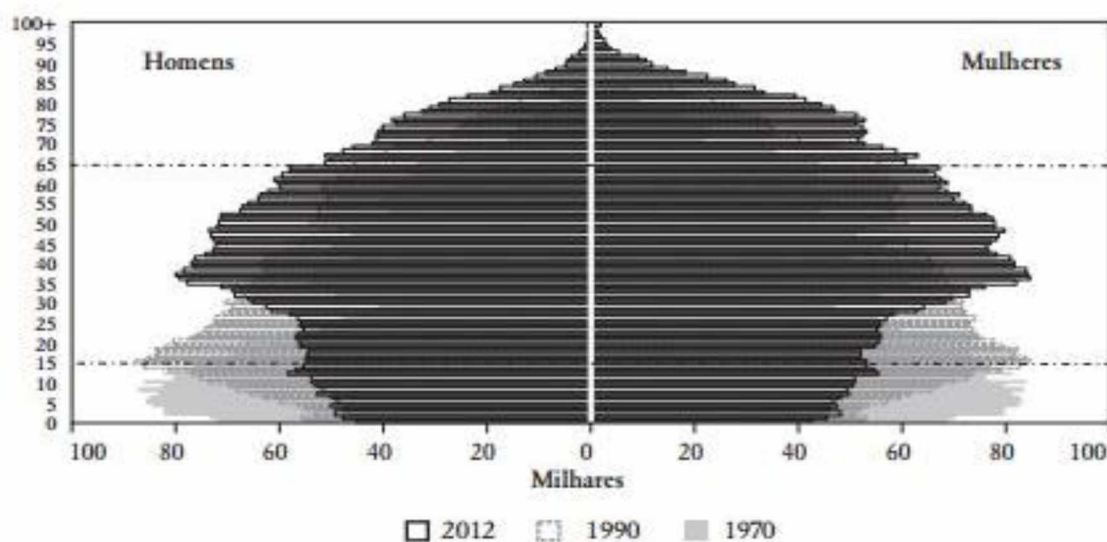
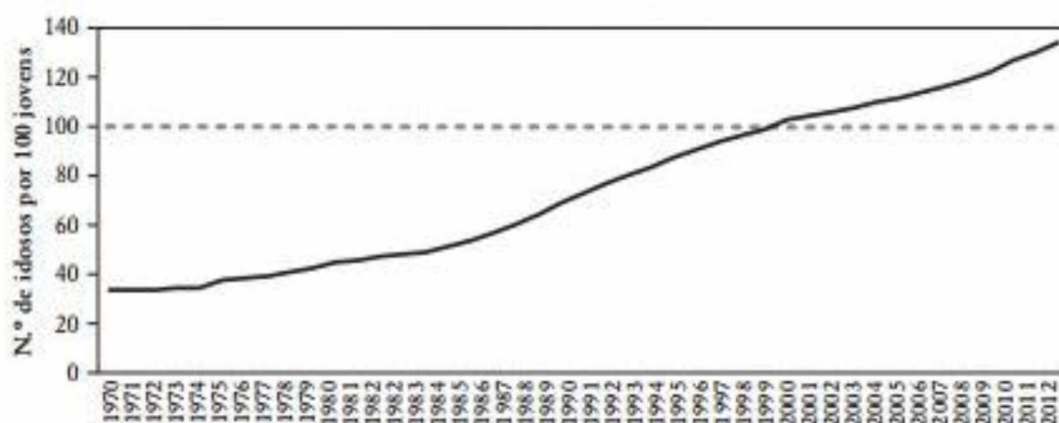


Figura 1 - Esperança de vida à nascença, por sexos, Portugal, 1980-1982 a 2010-2012 (Delgado & Wall, 2014, p. 29)

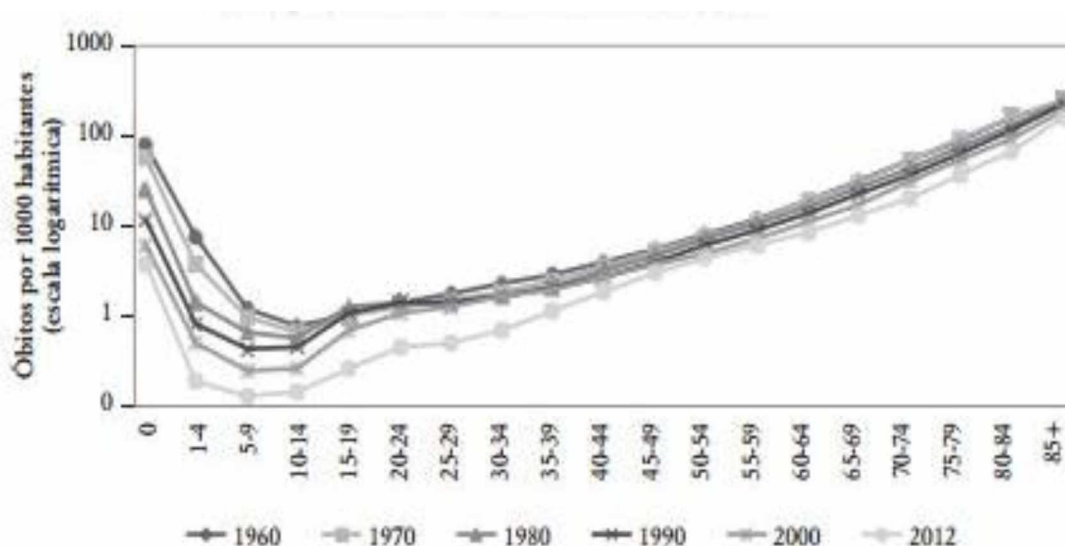
Pina e Magalhães (citado em Delgado & Wall, 2014) apresentam a Figura 2, que representa o índice de envelhecimento, que caracteriza a relação que existe entre o número de pessoas com 65 ou mais anos de idade (idosos) e o número de pessoas com menos de 15 anos de idade (jovens), terá ultrapassado os 100 idosos por 100 jovens, pela primeira vez em Portugal, em 2000. Chegando a atingir os 131 idosos por cada 100 jovens, no ano de 2012.



Fonte: INE, I. P., Estimativas Anuais da População Residente.

Figura 2 - Índice de envelhecimento, Portugal, 1970 – 2012 (Delgado & Wall, 2014, p.29)

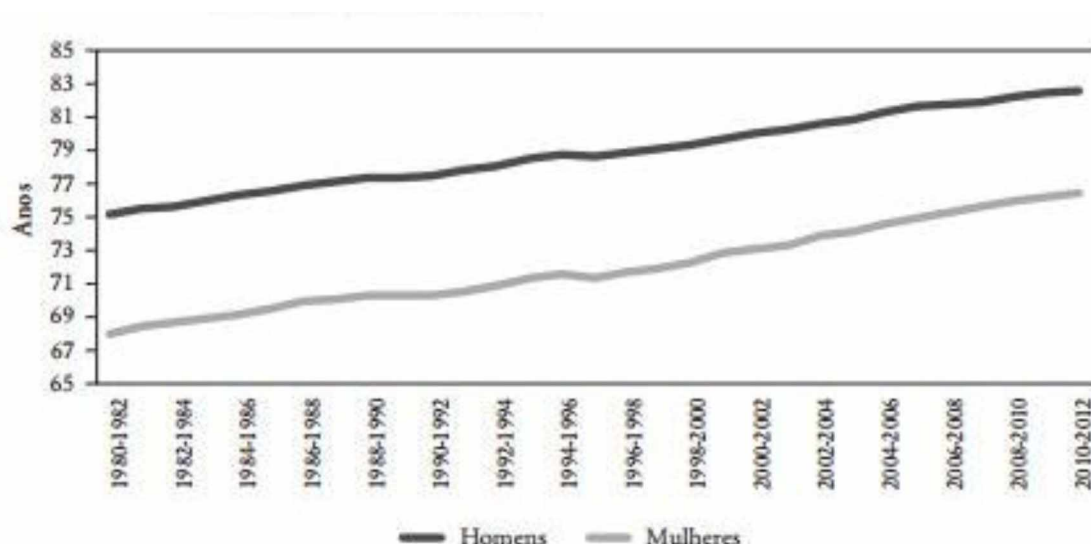
A Figura 3 mostra que a enorme diminuição da taxa de mortalidade infantil teve impactos óbvios e diretos na esperança média de vida. Mas através dos dados mais recentes é possível concluir que, o crescimento da esperança de vida está a beneficiar cada vez mais de ganhos provenientes do aumento da sobrevivência em idades avançadas. (Delgado & Wall, 2014)



Fonte: INE, I. P., Óbitos e Estimativas Anuais da População Residente.

Figura 3 - Taxas de mortalidade específicas por grupos etários, Portugal, 1960 – 2012 (Delgado & Wall, 2014, p. 35)

Através da Figura 4, é possível constatar que desde 1980 até 2012, a esperança média de vida à nascença aumentou 8,00 anos para ambos os sexos, tendo aumentado 8,48 anos para homens e 7,44 anos para mulheres. As mulheres têm uma esperança média de vida mais longa, mas essa diferença tem vindo a atenuar-se. (Pina e Magalhães, citado em Delgado & Wall, 2014)



Fonte: INE, I. P., Tábuas Completas de Mortalidade.

Figura 4 - Esperança de vida à nascença, por sexos, Portugal, 1980-1982 a 2010-2012 (Delgado & Wall, 2014, p. 35)

Tal como os autores acima mencionados referem através da Figura 1 2, 3 e 4 a esperança média de vida à nascença em ambos os sexos aumentou assim como o índice de envelhecimento em Portugal. Também as taxas de mortalidade específica por grupos etários mostram que esta decore no último estágio da vida o que nos indica que também a esperança de vida à nascença aumentou em ambos os sexos ao longo dos anos. Todos estes dados demonstram que cada vez mais o número de idosos está a aumentar.

No entanto, tal facto não acontece com todos os idosos em boas condições de saúde. Atualmente verifica-se cada vez mais o aumento do número de idosos, que de modo geral são pessoas que na fase final da sua vida encontram-se sozinhos, isolados e desmotivados.

O simples facto da inexistência de planos direccionados especificamente para os mais velhos, proporcionava e por vezes ainda proporciona um final sem sentido. Isto deu-se e continua a dar-se pelo facto de existir um investimento e aprofundamento de conhecimentos noutras áreas, tais como a infância e a adolescência. Porém devido à necessidade e à pertinência de conhecer a fase do envelhecimento, começou-se a dar um pouco mais de atenção, de forma a ser possível responder positiva e gratificadamente aos mais velhos (Fonseca, 2006).

Desta forma, através das investigações realizadas anteriormente chegou-se à conclusão que o desejável será atingir um envelhecimento ativo que, segundo a Organização Mundial de Saúde (1948) citado em (Fonseca, 2006), o envelhecimento ativo é o processo de otimização de oportunidade para a saúde, participação e segurança, no sentido em que se pretende um aumento da qualidade de vida durante o fenómeno do envelhecimento. Conceito este que se tem vindo a manter-se ao longo dos anos.

Por outro lado (Fontaine, 2000) defende o conceito de velhice bem-sucedida que está agregada a três categorias de condição:

- 1º Reduzida probabilidade de doenças, priorizando as doenças que causam a perda de autonomia;
- 2º Manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivos e físicos, pode ser denominado de velhice ótima;
- 3º Conservação de empenho social e bem-estar subjetivo.

Para que este envelhecimento ótimo seja, atingido, é necessário compreender as influências ambientais e os fatores de envelhecimento.

Deste modo, Baltes (citado em Fontaine, 2000) caracteriza as influências ambientais, de acordo com o grupo-etário em que a pessoa está inserida, estas estão ainda interligadas ao período histórico em que a pessoa viveu, que por sua vez está interligado pela história pessoal.

É possível verificar que as influências relacionadas com o grupo-etário e ao período histórico são causas coletivas, enquanto, a história de vida relaciona-se com uma influência individual.

Baltes (citado em Fontaine, 2000) afirma que as influências relacionadas com o grupo etário são determinantes biológicas e ambientais relacionadas com a idade cronológica. São exemplos destes determinantes: a escolarização obrigatória; doenças; idade da reforma entre outros. As influências relacionadas ao período histórico que muitas vezes são designadas como “efeito de coorte” mostram que as diferentes gerações vivem acontecimentos diferentes. Como é o exemplo das guerras (Fontaine, 2000, p. 148). As influências relacionadas com acontecimentos autobiográficos consistem em situações que são controlados pelo indivíduo, de seu “livre arbítrio”. Com exemplo constata-se a escolha da profissão, do local de residência, ou outras negativas como a viuvez, desemprego entre outras. Esta é a influência que mais interfere no envelhecimento seja ele bem-sucedido ou não (Fontaine, 2000, p. 148).

Por sua vez, o envelhecimento bem-sucedido pode ser entendido como a capacidade que a pessoa tem de aceitar as mudanças fisiológicas decorrentes da idade. Por outro lado, também pode ser entendido como a “conjugação de três categorias de condições: a saúde, a manutenção de um nível de funcionamento cognitivo e físico (velhice ótima) e a manutenção da participação social” (Fontaine, 2000, p. 157).

Em suma, a pessoa tem de ser vista de forma holística, ou seja, não pode ser só avaliado o seu nível físico, mental ou social. Todas as pessoas sofrem influências destes fatores, o que pode originar num envelhecimento dito normal, patológico ou num envelhecimento bem-sucedido/ativo, no entanto, estes fatores são mais ou menos influentes com o avançar da idade. Contudo, cada pessoa tem a sua forma de vivenciar os acontecimentos que

decorrem ao longo da vida e cada individuo torna-se único por esse motivo, mais concretamente pela forma como ultrapassa os fatores negativos do envelhecimento.

2. Saúde: Física, Mental e Social

Os países em vias de desenvolvimento estão a envelhecer de um modo cada vez mais veloz em comparação com os países desenvolvidos. Segundo a World Health Organization (2006) citado em Pimentel e Silva (2012) em cinco décadas, mais de 80% da população idosa mundial viverá em países em desenvolvimento, enquanto no ano 2005 essa percentagem era mais baixa em 20%. É visível que o aumento da longevidade dá-se devido à conquista da saúde pública e dos estilos de vida.

Devido à atual situação económica, aumenta o nível da necessidade de intervenção junto da população mais envelhecida. É notório que esta preocupação aumente nas classes mais desfavorecidas, uma vez que não tem recursos materiais nem psicológicos para colmatar a crise económica que se faz sentir.

Lopes, Saraiva, Fernandes e Ximenes (2010) apresentam a definição da Organização Mundial de Saúde (1947) que define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental, social e não apenas ausência de doença. Em 1986, deu-se mais um passo na saúde e foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa, no Canadá, onde foram aceites os guias para atingir a Saúde para Todos no ano 2000.

De acordo com o Relatório sobre os determinantes sociais e da saúde da Organização Mundial de Saúde (2010) citado em (Pimentel & Silva, 2012), das políticas de promoção sociais e da saúde devem fazer parte as medidas de inclusão e de segurança para o futuro, assim sendo, a ocupação produtiva não deve passar apenas pela visão da produção, mas como uma realização pessoal, que irá contribuir para um determinante que irá colaborar para uma melhor qualidade de vida. É possível concluir, que a mudança passa por começar a ver os idosos e o envelhecimento como potencialidades e oportunidades.

Em suma, através do Relatório sobre os determinantes sociais e da saúde da Organização Mundial de Saúde, compreende-se que para promover a saúde não passa só pela

produtividade que os idosos podem trazer para a execução de tarefas, mas sim pela ocupação dos seus tempos livres, na execução de tarefas que vão de encontro aos seus gostos e expectativas, para que se sintam pessoas realizadas. Estas tarefas irão trazer benefícios para a sua qualidade de vida.

Segundo a Carta de Ottawa (citado em Lopes, Saraiva, Fernades & Ximenes, 2010, p. 463) “A Promoção da Saúde é um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação nesse processo”, com a finalidade de atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Torna-se evidente que é exetável que a comunidade internacional busque uma saúde pública inclusiva, tendo como base os determinantes do processo saúde, doença e cuidados, de modo a obter equidade e justiça social. A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, assim, Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar global.

Deste modo, procura-se que a pessoa tenha condições e recursos para a saúde que passem por: “paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”. As estratégias para a promoção da saúde passam pela sua defesa, no sentido de compreender que “ a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” a capacitação pretende-se que as pessoas desenvolvam os conhecimentos necessários para promoverem a sua saúde através de “ambientes favoráveis, acesso à informação, à experiência e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia”. No entanto, também os profissionais de saúde e sociais têm a dever de ter um papel de mediador com o objetivo de promover a saúde (Lopes, Saraiva, Fernades & Ximenes, 2010, p.463).

Com esta partilha de conhecimentos ganha-se consciência, que o Relatório sobre os determinantes sociais e da saúde, apesar de pretender a promoção da saúde, engloba não só determinantes da saúde mas também sociais, o que demonstra a importância que o social tem para a saúde das pessoas. Coloca-se ainda o facto da responsabilidade sobre a saúde não é só do domínio dos profissionais de saúde mas também dos profissionais sociais. Porém como profissionais tem unicamente a seu cargo a responsabilidade de

serem os mediadores destas políticas que tem o objetivo de promover a saúde. Porque a verdadeira responsabilidade é da comunidade em geral.

Parafraseando (Lopes, Saraiva, Fernandes & Ximenes, 2010), a Carta de Ottawa foi a criadora dos eixos de ação uma vez que ambiciona a construção de políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis à saúde, reforçar a ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços de saúde.

Segundo (Fontaine, 2000) a saúde é a primeira condição de uma velhice bem-sucedida, o aumento dos riscos de doenças e de perda de autonomia é apresentada como sendo provocado por fatores intrínsecos que estão fora do controlo do indivíduo e que pertencem à categoria grupo etário, investigações recentes provam que as relações existentes entre a idade, a hereditariedade, os estilos de vida e os riscos de doenças devem ser concebidos de forma dinâmica e não mecânica.

De acordo com Pais Ribeiro (1994),

“Graças ao sucesso do sistema de cuidados de saúde, hoje, não se morre da maioria das doenças como ocorria outrora, podendo, grande parte das pessoas que têm uma doença crónica (50% de todas as pessoas segundo Sobel, 1979, e 80% de todas as doenças segundo Rodin e Salovey, 1989) levar uma vida activa, igual à das pessoas que não têm nenhuma doença [...] nos Estados Unidos da América, 50% da população sofre de uma doença crónica já em 1989 Rodin e Salovey mostravam que 86% das pessoas com mais de 65 anos padecia de uma doença crónica (p.179) ”.

A mudança deu-se devido à alteração da perspetiva que anteriormente se tinha, uma vez que antes as pessoas focavam-se na doença, enquanto atualmente o foco está na saúde, particularmente na criação de estratégias de intervenção, de avaliação da saúde e da qualidade de vida.

A conceptualização, a avaliação e a intervenção passa agora pelo melhoramento da qualidade de vida e na promoção da saúde. Estas exigem meios diferentes dos que foram usados até agora, tanto pela área da psicologia como da medicina (Pais Ribeiro, 1994).

A qualidade de vida a partir dos anos 80 começou a despertar o interesse de toda a gente, desde o “senso comum” até para objeto de estudo, o que faz com que cada pessoa obtenha uma perspetiva diferente na forma de a avaliar, para certas pessoas, esta passa pela “quantidade de bens materiais”, para outros o nível espiritual, na validação da sua

opinião, na avaliação de especialistas. O que faz com que possa ser visto como algo objetivo ou subjetivo. Em 1994, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, mostrava que a Qualidade de Vida segundo os políticos filosóficos e académicos era o efeito que a pessoa tinha de saber utilizar as suas capacidades sociais, culturais e económicas, com o intuito de um desenvolvimento equilibrado da sociedade, respeitando a universalidade do direito à vida. Só no decorrer do século é que as ciências sociais se começam a relacionar com a economia e a economia cada vez mais com o dinheiro da comunidade; exemplo disso foi o Relatório do Banco Mundial. Porém, as Nações Unidas divulgaram o Relatório de Desenvolvimento Humano, que menciona mais índices de desenvolvimento além dos rendimentos, com base na Humanidade, no desenvolvimento do sistema de saúde e no sistema de cuidados de saúde relacionados com a qualidade de vida (Pais Ribeiro, 1994).

Foi nos anos 60 começaram a desenvolver-se investigações sobre a qualidade de vida e esta veio a crescer, principalmente ao desenvolver-se a economia no pós-guerra particularmente nos países desenvolvidos. O modelo de avaliação foi criado pela Commission on National Goals, pelo presidente Eisenhower em 1960, apresentando indicadores sociais e ambientais que seriam os objetivos da nação. Liu citado em (Pais Ribeiro, 1994) através desses indicadores criou uma base de indicadores, variáveis e quantificáveis para serem:

“suficientemente universais para poderem ser generalizados a toda população; facilmente compreensíveis; suficientemente flexíveis para abranger qualquer estilo de vida em diferentes lugares e em diferentes momentos; adaptáveis a condições sociais, económicas, políticas e físicas em mudança, próprias de sociedades dinâmicas; abertas à verificação segundo princípios científicos reconhecidos (p.180) ”.

A avaliação da qualidade de vida tinha dois elementos, o subjetivo que era o psicológico e o objetivo que era considerado o item social, económico, político e ambiental. Isto tendo em conta, que o subjetivo relacionava-se com o qualitativo e o objetivo como quantitativo (Pais Ribeiro, 1994).

Parafraseando Pais Ribeiro (1994) a qualidade de vida tem vindo a ser utilizada em medicina desde 1966, uma vez que esta era muitas vezes relacionada com a saúde, sendo considerado um dos domínios mais importantes para a avaliação da qualidade de vida, ou

seja a terminologia qualidade de vida relacionada com a saúde é bastante utilizada quando são estudadas as limitações que uma doença pode originar.

Mas a qualidade de vida depende também de outros fatores como o trabalho, a família, o poder económico, entre outros, porém compreende o efeito que estes tem entre eles. A qualidade de vida é afetada pelo tratamento médico, uma vez que se relaciona com a “segurança da intervenção” que irá influenciar a reação ao tratamento, o efeito das melhorias no doente e nos custos. Estas configurações serão ainda baseadas em crenças e valores da pessoa, assim como no seu bem-estar psicológico e interações sociais. A qualidade de vida já foi estudada em doenças crónicas, uma vez que atualmente é habitual as pessoas viverem com epilepsia, artrite, diabetes entre outras (Pais Ribeiro, 1994).

Também o Dr. John Beard, Director of Ageing and Life Course (WHO, 2014), afirma as pessoas estão a viver cada vez mais tempo, contudo não quer dizer que sejam mais saudáveis do que antes, uma vez que, um quarto (23%) da causa global de morte e de doença de pessoas com mais de 60 anos é atribuído a doenças de longo prazo, tais como: cancro, doenças respiratórias crónicas, doenças cardíacas, doenças músculo-esqueléticas como é exemplo a artrite e osteoporose e perturbações mentais neurológicas. As estatísticas realizadas recentemente mostram também que o número de pessoas com demência terá tendência a subir de 44 milhões para 135 milhões até 2050.

Para Pais Ribeiro (1994) pretende-se que a qualidade de vida seja avaliada de forma positiva, ou seja, valorizar os factos positivos e não os negativos; o bem-estar e o nível de funcionalidade; ter em consideração o nível físico, mental e social; e a perspetiva pessoal da pessoa. A “problemática da saúde física e mental nos idosos, real e percebida, é um aspeto fundamental quando se efectua uma análise sobre as condições psicológicas do envelhecimento” (Fonseca, 2006, p. 125).

A saúde é constantemente o problema de topo para os idosos. O estado de ânimo, a competência e o nível de atividade dos idosos varia de acordo com o estado de saúde real e a avaliação que os próprios idosos fazem da sua saúde. Ou seja, o estado de saúde dos idosos depende diretamente da forma como cada pessoa se vê.

Segundo Whitbourne (citado em Fonseca, 2006) afirma que a saúde física exerce um enorme impacto no bem-estar psicológico dos indivíduos idosos. Assim sendo, muitas das

representações que vão sendo construídas acerca da velhice decorrem precisamente da avaliação que idosos, profissionais de saúde e a sociedade em geral fazem do estado de saúde associado ao decurso do envelhecimento como afirmam Flick, Fischer, Neuber, Schwartz e Walter (citado em Fonseca, 2006).

Existe uma enorme ligação entre os aspetos socioeconómicos e a saúde e este facto tem vindo a ser alvo de diversos estudos como é possível verificar através dos estudos realizados pelos autores Volkoff e Thébaud-Mony, (2000) e Villaverde Cabral, (2002) (citado em Pimentel & Silva, 2012). A saúde é um determinante que decide “o lugar que o indivíduo ocupa na sociedade que, por sua vez, se encontra fortemente correlacionado com o seu rendimento, escolaridade, habitação e redes de sociabilidade” (p. 217).

Neste caso, leva-nos a crer que o tipo de escolaridade está relacionado com o tipo de trabalho que a pessoa vai ter, que por sua vez estará afeto ao rendimento que a pessoa irá auferir, ao tipo de habitação e este será um forte determinante que irá determinar as suas redes de sociabilidade. Desta forma, os grupos sociais a que cada idoso pertence, derivam dos recursos que têm, a nível dos capitais, informais, culturais e económicos. As capacidades que os idosos têm irão decidir as capacidades de participação e a porção da responsabilização que irão ter pela sua saúde e pelos custos a ter com a mesma. Em suma, todos estes fatores estão interligados entre si e são os que irão influenciar a saúde da pessoa idosa.

Para Bourdieu (citado em Pimentel & Silva, 2012) mais uma vez aqui torna-se notório que muitos dos benefícios sociais, que colaboram no combate à doença e na melhoria do estado de saúde, dos idosos, por razões de ordem financeira, podem ficar em risco, quando não se possui os recursos necessários.

Através das prestativas destes autores, torna-se visível a necessidade da existência de respostas para estas questões, uma vez que é necessário a facilitação do acesso a recursos que possibilitem o combate à doença e na melhoria do seu estado de saúde. Neste sentido, será necessário compreender, que são estes os motivos que levam à justificação da intervenção dos técnicos e das instituições.

Porém os técnicos devem obedecer a vários tipos de intervenção que podem ser benéficas das mais diversas formas, uma vez que como informa (Pimentel & Silva, 2012 p. 217), no

campo da saúde, o trabalho doméstico apresenta-se como “uma das grandes áreas da intervenção do idoso”. Porém esta importância aumenta para o sexo feminino, uma vez que as mulheres realizam estas tarefas enquanto cuidadoras e como forma de desenvolver as relações humanas.

Este tipo de trabalho leva à multiplicação da saúde de toda a família, porque a pessoa vai sentir que está a contribuir para o bem-estar da sua família e aumentar o seu bem-estar. Este trabalho por vezes torna-se numa forma de as mulheres combaterem a deficiência do estado social, porque também irá influenciar o desenvolvimento das relações familiares. Contudo quando a aproximação da família não corresponde às expectativas torna-se ainda mais necessário a intervenção da equipa multidisciplinar, para que contribua para a proximidade com a comunidade, que irá funcionar como elemento suplente, mas nunca substituto.

Apesar de a família ter um papel muito importante na saúde, cada indivíduo deve alimentar uma atitude positiva perante a sua situação, principalmente, nesta época de crise económica em que vivemos, em que o nível de stress e ansiedade aumenta. Esta atitude positiva deve ser vista como auto protetora e como promotora da saúde, nomeadamente da saúde mental. A perspetiva que anteriormente se tinha de que os idosos eram vulneráveis e dependentes começou a ser transformada numa ideia de que estas pessoas são cada vez mais ativas (Pimentel & Silva, 2012).

De acordo com o Decreto-lei nº 281/2003 de 8 de novembro, publicado no Diário da Republica é

“De salientar que na prestação de cuidados de saúde em geral a família e a comunidade social têm constituído e deverão continuar a intervir como factores essenciais e indispensáveis no apoio aos seus concidadãos, nomeadamente aos mais frágeis e carenciados. A sua iniciativa e acção são fundamentais, não apenas para evitar o prolongamento de estadas em regime de internamento por razões alheias ao estado de saúde, como também para a reabilitação global e a independência funcional dos doentes, o apoio domiciliário e ocupacional de que necessitam e a reinserção social a que têm direito”.

Em conformidade com o que apresenta o Decreto de lei nº 281/2003, torna-se notória a importância da família para a inclusão social dos gerentes, de modo a que contribua para o aumento do seu bem-estar e contribua para a sua reabilitação aumentando assim a sua qualidade de vida.

Ainda no Decreto de lei nº 281/2003 refere:

“Neste sentido, se enaltece o contributo inestimável das entidades do sector social,..., bem como todas as entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que ao longo dos anos têm prestado cuidados de saúde complementares ou continuados a utentes do SNN. A par do seu empenho credenciado na continuidade dos cuidados de saúde, quer na recuperação global dos doentes quer na multidisciplinaridade dos serviços que dispõem, acresce uma relação de melhor custo-benefício para o Estado e uma maior proximidade do utilizador com a sua comunidade familiar e social”.

Também, no ponto de vista de Zimmerman (2005, p. 133),

“A maneira mais eficaz de fazer com que o velho tenha a qualidade de vida, a aceitação e a inserção na família e na sociedade que proponho é a estimulação. Estimular, entre outras coisas, quer dizer exercitar, incitar, instigar, ativar, animar, encorajar. Para mim, além de tudo isso, estimular é criar meios de manter a mente, as emoções, as comunicações e os relacionamentos em atividade. A estimulação é o melhor meio para minimizar os efeitos negativos do envelhecimento e levar as pessoas a viverem em melhores condições”.

Parafraseando Manes (2014) as dinâmicas de grupo num contexto psicossocial é rico em estímulos e em potencialidades, promovem o desenvolvimento de decursos psicológicos como o crescimento pessoal, o amadurecimento e a aprendizagem. As técnicas de intervenção em grupo, através de dinâmicas baseiam-se no potencial da pessoa, em dimensões como a experiência de vida, a sabedoria, a liberdade, a vontade, a criatividade e a sociabilidade.

Os jogos de psicologia em grupo têm como objetivo oferecer aos idosos a possibilidade de aprender, estimulando a capacidade de ativar processos que permitam a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas, ou seja os pensamentos que ficaram guardados na mente da pessoa, e as dimensões relacionais do funcionamento humano. São estes jogos que também podem ser facilitadores da aquisição de novas maneiras de pensar, sentir e relacionar-se com os outros. Tudo isto pode ser possível através da experimentação e da estimulação para a emotividade (Manes, 2014).

3. Saúde Mental e Envelhecimento

O conceito de “saúde mental” é muito amplo, e nem sempre é fácil a sua definição, ou a identificação daquilo que a determina. No entanto, da mesma forma que a “saúde” não é apenas a ausência de doença, também a saúde mental é mais do que a ausência de perturbação mental. Neste sentido, é cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais. Alguns dos determinantes sociais e económicos da saúde mental, nomeadamente fatores como condições laborais e desemprego, educação, pobreza, condições de habitação, nível de urbanização, discriminação sexual e violência de género, experiências precoces e interação familiar, exclusão social e estigma, cultura e acontecimentos de vida stressantes são influenciadores da saúde mental. Desta forma, salienta-se a importância do conhecimento destes determinantes da saúde mental numa perspetiva de Saúde Pública, e a sua relevância para a redução da carga global de doença e a melhoria da saúde mental das populações (Alves & Rodrigues, 2010).

A Organização Mundial de Saúde define a saúde mental como "o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere" (WHO, 2002).

No Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001, afirma-se que as estimativas indicam que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais ou neurobiológicos, ou problemas psicossociais como o abuso de álcool ou droga. A depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo. De acordo com as estatísticas a depressão nos próximos 20 anos será a segunda das principais causas da carga mundial de doenças.

“ Em todo o globo, 70 milhões de pessoas sofrem dependência do álcool. Cerca de 50 milhões têm epilepsia; outros 24 milhões, esquizofrenia. Um milhão de pessoas cometem suicídio anualmente. Entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se. Rara é a família poupada de um encontro em transtornos mentais. Uma de cada quatro pessoas será afetada por um distúrbio mental em dada fase da vida. O risco de certos transtornos, inclusive a doença de Alzheimer, aumenta com a idade. As conclusões são óbvias para a população que está

envelhecendo no mundo. A carga social e económica da doença mental é tremenda.”
(Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial de Saúde, 2001, p. 7)

Através destes dados fornecidos pelo Relatório sobre a Saúde no Mundo, torna-se notório que estes números são bastante preocupantes, aumentando o nível de preocupação quando também, a idade vai aumentando. É visível que com o avançar da idade e com os problemas ao nível da saúde mental, existam outros fatores que também aumentem, como por exemplo os fatores económicos e sociais.

Segundo a Direcção-Geral da Saúde (2013), através do Programa Nacional para a Saúde Mental retrata que o envelhecimento é uma fase da vida em que as pessoas estão mais suscetíveis ao suicídio, principalmente depois dos 65 anos, sendo considerado um dos mais graves problemas de saúde pública, em Portugal, no entanto este tem aumentado a partir dos 75 anos.

A Direcção-Geral da Saúde (2013) criou o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, uma vez que esta problemática também se relaciona com o fato de nestes momentos da vida do idoso ocorrerem as maiores dificuldades que se relacionam com doenças crónicas; doenças somáticas; hipotireoidismo; cancro; doenças cardiovasculares; diabetes; doenças reumáticas; osteoarticulares; défices cognitivos; o que pode vir a originar a perda de autonomia e autoestima. Também a reforma poderá alterar o estatuto da pessoa e beneficiar o isolamento social, similarmente a morte do cônjuge que irá influenciar o nível de stress e o ajuste e reorganização da vida da pessoa.

Todos estes factos quando ocorrem podem levar a pessoa a não conseguir ultrapassar estes acontecimentos e fazer com que estejam mais desprotegidas e sujeitas à depressão. Porém, a depressão para ser diagnosticada também deve associar-se à indecisão, os obstáculos que coloca na resolução de temas da vida “a perda de prazer, a culpabilidade, as alterações do sono e do apetite”. O suicídio está muitas vezes ligado a perturbações depressivas, porém estas perturbações são muito comuns nos idosos, com tratamentos possíveis, deste modo, é possível evitar o suicídio (Direcção-Geral da Saúde, 2013).

A avaliação destes idosos segundo o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio deve ter em conta as condições de vida, os recursos sociais e familiares, a alimentação, a ocupação do seu dia-a-dia, como dorme, onde dorme, com quem vive e quem lhe pode prestar cuidados, no fundo quem é a sua rede de suporte. A Direcção-Geral da Saúde (2013)

assinala que os profissionais devem passar segurança e proteção permanentemente quando a pessoa se sinta desesperada face à sua vida e não tenha apoio para superar os seus problemas. A família tem um papel fundamental em apoiar e satisfazer as necessidades dos idosos. Aqui também, se torna necessário verificar se houve situações de suicídio na família ou familiares com patologias psiquiátricas para que sejam incluídos no tratamento. A solução passará por encontrar comportamentos e rotinas saudáveis com atividades prazerosas que aumentem a autoestima da pessoa idosa.

Sendo assim, é notório que esta questão torna-se um objetivo prioritário na agenda do plano nacional de saúde principalmente para a população mais idosa. Apesar de o risco ser maior em homens com mais de 75 anos, viúvos, com sintomas depressivos, com problemas de álcool ou doenças crónicas incapacitantes e dolorosas (Direcção-Geral da Saúde, 2013).

Segundo a Organização Pan- Americana da Saúde & Organização Mundial de Saúde (2001) as doenças, mentais e físicas, são incutidas por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, assim sendo existe uma relação entre saúde mental e física que vem progredindo, claramente estas doenças têm o seu suporte físico no cérebro, no entanto, podem ser tratadas cada vez mais eficazmente.

Lastimavelmente, em grande parte do Mundo, não é dada a mesma importância à saúde mental que é dada a saúde física, o que origina que a maioria das pessoas não tenha acesso ao tratamento essencial.

“ Nos países em desenvolvimento, é deixada à maioria das pessoas com transtornos mentais graves a tarefa de carregar como puderem o seu fardo particular de depressão, demência, esquizofrenia e dependência de substâncias. Em termos globais, muitos se transformam em vítimas por causa da sua doença e se convertem em alvos de estigma e discriminação... os transtornos mentais são quatro das dez principais causas de incapacitação em todo Mundo” (Organização Pan- Americana da Saúde & Organização Mundial de Saúde, 2001, p. 17).

Para que seja possível obter uma maior consciência do estado da saúde mental no Mundo e em Portugal propomos-mos a divulgar os dados que Queiroz M., Vicente V., Alves C., Silva C. e Negreiro F., (2009) obtiveram, calculam que os transtornos mentais e de comportamento correspondam as 12% da carga mundial de doenças, contudo o orçamento para a saúde mental expressa-se em menos de 1% dos gastos globais em saúde. Através

destes dados é possível compreender que existe uma enorme discrepância relativamente à carga de doenças e o dinheiro gasto com estas doenças, mas ainda assim, 40% dos países ainda precisam de políticas de saúde mental e pelo menos 30% não tem programas na problemática da saúde mental. No ano 2004 pondera-se que 151,2 milhões de pessoas sofriam de perturbações.

De acordo com (Queiroz M., Vicente V., Alves C., Silva C. & Negreiro F., 2009) em Portugal segundo os dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde, no ano 2005/2006, 27, 6% da população residente em Portugal, com 15 ou mais anos de idade estava em provável sofrimento psicológico, contrapondo com 72, 4% que não apresenta qualquer sintomatologia. Sendo que dos 27, 6% das pessoas que estão em provável sofrimento psicológico, o sexo feminino o mais afetado apresentando (36,8%) em comparação com os (17,6) do sexo masculino, apresentando uma diferença de 19, 2%.

É possível verificar que a região do Algarve é a região do país onde os profissionais com intervenção clínica hospitalar em adultos com problemas a nível da saúde mental são em menor número com um total de 59 Técnicos, sendo que são 10 Psiquiatras, 6 Psicólogos, 1 Técnico de Serviço Social, 3 Terapeutas Ocupacionais e 39 Enfermeiros. Enquanto a região com maior número de profissionais em intervenção clínica hospitalar em adultos, na saúde mental é a região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), com um total de 741 profissionais. Esta região possui 177 Psiquiatras, 74 Psicólogos, 42 Técnicos Superiores de Serviço Social, 35 Terapeutas Ocupacionais e 413 Enfermeiros (Queiroz M., Vicente V., Alves C., Silva C. & Negreiro F., 2009).

Através dos dados fornecidos por (Queiroz M., Vicente V., Alves C., Silva C. & Negreiro F., 2009) verifica-se que maioritariamente as pessoas entre a faixa etária dos 35 e os 64 são as que apresentam o maior número de patologias. Estas patologias estão associadas ao consumo de droga é maioritariamente este consumo dá-se maioritariamente entre os 15 e os 34 anos. Relativamente aos mais velhos com 65 ou mais anos tem patologias relacionadas com síndromes de demência. Posteriormente, as patologias mais frequentes nos mais velhos são: as outras psicoses, o D. sist. nerv. e órgãos dos sentidos, as psicoses efetivas e a esquizofrenia; apresentando uma percentagem de 20%. No entanto, ainda surge a patologia da depressão com uma percentagem significativa de 15%. De acordo com os dados do Pacto Europeu para a saúde e bem-estar, estima-se que entre 1,0% a

1,25 % de pessoas em Portugal tenham algum tipo de demência. Relativamente à Europa as doenças mentais estão a aumentar, estima-se que estas doenças afetem aproximadamente, 50 milhões de pessoas, ou seja, 11% da população europeia.

No ano 2005, a Itália foi o país com a percentagem superior a nível de pessoas com demência, nos 27 países da União Europeia, seguindo-se a Suécia. Relativamente aos países com a menor percentagem de pessoas com demência apresenta-se Malta, Eslováquia e Irlanda com resultados inferiores a 0,90% da população total (Queiroz M., Vicente V., Alves C., Silva C. & Negreiro F., 2009).

Através dos dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde, referidos no Boletim Saúde em Mapas e Números, no ano 2008, os países Eslováquia e a Finlândia eram os que apresentavam a maior taxa de consultas de saúde mental em ambulatório. A Eslováquia uma taxa de 28.200 consultas por cada 100.000 habitantes, enquanto a Finlândia, apresenta uma taxa de 26. 077, por cada 100.000 habitantes. No caso de Itália apresentou 1.090 consultas por cada 100.habitantes. Portugal apresentou uma taxa entre as 5.000 a 10.000, consultas, por cada 100.000 habitantes, apresentando também uma taxa bastante baixa em comparação com os países com as taxas mais elevadas (Queiroz M., Vicente V., Alves C., Silva C. & Negreiro F. 2009).

O valor do orçamento e as despesas na saúde mental de acordo com o orçamento total em saúde, nos 27 países da União Europeia, no ano 2008. Deste modo, é possível verificar que o Reino Unido foi o país que teve mais despesas com a saúde mental dos 27 países da União Europeia, face ao orçamento total das despesas em saúde apresentando um valor de 13,6%. Em contrapartida a Bulgária foi o país que menos despesa apresentou em saúde mental com uma percentagem de 1,9. Relativamente a Portugal as despesas na área da saúde mental são 3,1% do orçamento total em saúde (Queiroz M., Vicente V., Alves C., Silva C. & Negreiro F., 2009). No Mundo inteiro, julga-se que são centenas de milhões de pessoas que sofrem de distúrbios mentais, segundo a Organização Mundial de Saúde serão 450 milhões de pessoas, no entanto, são muito poucas as que recebem cuidados de saúde neste sentido. É de notar que são mais de 40% os países que não tem política de saúde mental e mais de 30 % não tem nenhum programa que preste cuidados de saúde nas patologias da saúde mental.

No ano 2004 realizaram-se estimativas em todo Mundo, para que fossem percebidas a prevalência de perturbações mentais de acordo com cada região da Organização Mundial de Saúde. Desta forma conclui-se que 151,2 milhões de pessoas sofriam de perturbações depressivas, 40 milhões sofriam de epilepsia, 29,5 milhões de perturbações afetivas bipolares, 26,3 milhões de esquizofrenia, 24 milhões de Alzheimer e outras demências e por fim a doença de Parkinson com uma representatividade de 5,2 milhões de pessoas (Queiroz M., Vicente V., Alves C., Silva C., Negreiro F., 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o Japão que é os país que dispõe do maior número de camas para problemas psiquiátricos, neste caso 28,4 camas por cada 10.000 habitantes; enquanto Portugal dispõe de 7,5 camas por cada 10.000 habitantes. (Queiroz M., Vicente V., Alves C., Silva C., Negreiro F., 2009).

Todos estes dados relevam números preocupantes não só para a saúde mental de todo o mundo, como de Portugal e em especial do Algarve. Uma vez que a saúde mental não está a tornar-se ainda uma preocupação primordial, para as políticas do Mundo, de Portugal e principalmente do Algarve. Estes números tornam-se ainda mais preocupantes quando nos referimos à faixa etárias dos mais velhos, uma vez que nesta fase da vida estão mais expostos a estas problemáticas e com os problemas relacionados com a saúde mental mais agravados.

Segundo (Alves & Rodrigues, 2010) os idosos nesta fase da vida estão mais suscetíveis aos transtornos mentais. Esta é uma situação que justifica a relevância das investigações realizadas na área da psicopatologia que mostra e orienta as intervenções necessárias à promoção da saúde mental de forma a melhorar a qualidade de vida dos gerentes.

Os distúrbios psiquiátricos dos idosos interferem de forma negativa na vida daqueles que estão envolvidos nos seus cuidados. Esta problemática representa uma das principais áreas de gastos com a saúde, da população em países desenvolvidos. No entanto, é preciso ter em conta, que não importa apenas a ausência de doença, mas o desenvolvimento integral das pessoas e da comunidade (Resende M., et al 2011). Tal como o autor refere não basta só investir em medicamentos e hospitais é necessário também intervir com propostas que promovam a saúde mental das pessoas idosas para que sejam incluídas na comunidade e desta forma se evitem mais problemas de saúde mental.

4. Educação Social

Segundo Díaz (2006), a educação social é hoje sinónimo de socialização correta, seja ela socialização primária, secundária ou terciária. A educação passa por um processo de transformação do indivíduo biológico em indivíduo social, sendo esta a aquisição de capacidades para participar e integrar-se no grupo no qual lhe corresponde viver.

A educação social, para além de solucionar determinados problemas de convivência, tem a tarefa de ser um instrumento igualitário e de melhoria da vida social e pessoal. Só uma estratégia criativa e inovadora de proteção e educação social poderá evitar o risco de conviver com situações privando a estas pessoas a possibilidade de fazer parte dessa sociedade do bem-estar a que tem direito (Díaz, 2006).

A figura do educador social baseia-se num conjunto de valores humanistas que determinam a sua vocação. A solidariedade, a fraternidade, a proximidade, a partilha e o respeito são alguns desses valores. As competências do educador social passam pelo saber (conhecimento), e o saber fazer (aptidão), e o saber ser e estar (atitude). O seu perfil assenta principalmente em características interpessoais, relacionais e afetivas. E tendo em conta o seu trabalho, “com” as pessoas, deve ter sempre presente a questão da ética profissional. Também é importante que o educador seja autêntico, tenha criatividade, iniciativa, força de vontade e predisposição para a mudança. A identidade do profissional de educação social é marcada pela polivalência e pelas suas funções diversificadas, que muitas vezes são realizadas com a colaboração de equipas multidisciplinares.

Em suma, o que define o perfil do educador social, na realidade não se pode falar de um perfil específico, podemos apenas referir que um bom profissional de educação social distingue-se pela sua versatilidade, e capacidade de adaptação e de intervenção nos diversos contextos. A educação pode ser dada das mais diversas formas, sendo ela informal ou não formal, no entanto, é preciso ser orientada e informativa, no sentido, de formar pessoas, para estas ganhem as ferramentas necessárias, para que alcancem a sua autonomia.

“É dever do educador e da educadora ensinar o que lhe parece fundamental ao tempo e ao espaço em que se acha. A própria directividade da prática educativa, que implica ir ela sempre além de si mesma, de perseguir objetivos e metas, sonhos, projetos, coloca ao educador esse direito e esse dever. [...] que educador seria eu, se não me propusesse a ser o máximo convincente na defesa dos meus sonhos? O que não posso é reduzir tudo a minha verdade, a meu acerto” (Freire, 1994, p.131).

De acordo com autor o educador social partilha com o educando os ensinamentos necessários de acordo com o espaço e tempo em que se encontra e não o que já se encontra pré-estabelecido de antemão. O que se pretende é que o educando consiga atingir os seus próprios objetivos de modo autónomo e não os objetivos que alguém pensou para ele.

A educação social tem como base a educação de adultos, o conceito adulto é uma terminação que também abrange os idosos, livrando-se da distinção entre as duas etapas da vida. Em consonância com Martín (2007) é imprescindível ter em conta que quando se trata da intervenção educativa na velhice esta assenta em dois pilares. Primeiramente esta intervenção tem como base os conceitos teóricos e de atividade prática vindos da educação social de adultos. Ou seja, a educação social não pretende só fornecer os conceitos necessários à pessoa idosa, mas sim proporcionar situações onde a pessoa idosa coloque os seus conhecimentos em prática e principalmente que seja, a mesma a ter a necessidade de adquirir novos conhecimentos.

A sociedade atual apresenta uma necessidade de intervenção que coloque as pessoas numa posição que as torne capazes de decidir e agir, de modo responsável, uma vez que, pretende-se que isso aconteça num mundo que precisa de mudança e transformação, mas esta será posta em cheque, quando a radicalização do discurso da emancipação é desvalorizado nas estruturas sociais de apoio (Carvalho, A. & Batista, I., 2004).

Segundo (Carvalho, A. & Batista, I., 2004, p. 53) o que se ambiciona de uma cidadania ativa será uma sociedade inclusiva, que obtenha uma rede de serviços eficaz e modernizada, numa “perspetiva de desenvolvimento social centrada na valorização do humano, em todas as dimensões, requer uma outra relação entre Estado e sociedade”. O projeto cidades educadoras tem seguido, diversas formas, começando a obter algum reconhecimento a nível europeu, este pretende valorizar a visão cultural relacionando-se

com a cidade, organizando-se de acordo com a vontade da população e desta forma coresponsabilizá-los como autores e atores sociais, como agentes educativos.

Através destes projetos sociais é possível verificar que são várias as formas de educar as pessoas sejam elas crianças, jovens, adultos ou idosos, mas também mostrar-lhes que a mudança das várias problemáticas depende dessas mesmas pessoas.

Os projetos sociais sujeitam a uma descentralização de serviços e à democratização das instituições, que têm muita burocracia, o que leva a um distanciamento das pessoas. Desta forma, pretende-se que o poder esteja em todas as estruturas comunitárias, para que esteja mais perto das pessoas e dos seus verdadeiros problemas. Porém, torna-se importante referir que não se pretende a desresponsabilização do Estado, uma vez que este tem como função a proteção e segurança dos seus cidadãos. Este processo de descentralização e de democratização exige uma integração adequada de políticas. É neste campo que a pedagogia social obtém o seu desempenho, que tem como objetivo a “interdependência dinâmica entre serviços e profissionais” de diferentes áreas dando o destaque necessária a todos os intervenientes (Carvalho, A. & Batista, I., 2004, p. 54).

Deste modo de acordo com o ponto de vista de Carvalho, A. e Batista, I. (2004, p.54) “ a intervenção pedagógica visa ajudar as pessoas a aprender a ajudar-se a si mesmas, mas sem prejuízo da assistência àqueles que provisória ou definitivamente, se encontram incapazes de uma auto-ajuda”.

A educação social é um espaço profissional que cruza a área do trabalho social e a área da educação, o que acarreta alguma ambivalência no que corresponde à sua identidade. Porém torna-se notório que estas áreas são bastante complexas e vivem a reconstruir a sua imagem. A educação social faz o seu trabalho de atuação através da pedagogia, mas diferencia-se devido a ser uma educação não formal, abrangendo todas as pessoas independentemente da situação onde se encontram (Carvalho, A. & Batista, I., 2004).

O profissional de educação social distingue-se pela sua reflexividade, polivalência técnica, criatividade, adaptabilidade e dinamismo. No entanto, para que o seu trabalho seja realmente eficaz torna-se necessário que este seja um bom intérprete da realidade social, sendo esta considerada uma problemática.

Assim nota-se a Educação Social irá ser uma forma de garantir o Direito à educação e à cultura à pessoa idosa. De acordo com as Nações Unidas, as pessoas idosas tem direito a

“aceder a programas de educação e formação adequados e, portanto, com base na sua preparação, capacidades e motivação deveriam poder aceder a diversos níveis de educação mediante a adopção de medidas adequadas no que se refere a alfabetização, educação permanente (...) programas para pessoas idosas, não estruturados, baseados na comunidade, e orientados para o lazer, com a finalidade de desenvolver um sentido de auto-suficiência e de responsabilidade da comunidade. Tais programas deveriam contar com o apoio dos governos nacionais e das organizações internacionais. No que respeita à utilização dos conhecimentos e experiências das pessoas idosas” (Nações Unidas, 2002, p.8).

O conhecimento pedagógico dá aos Educadores Sociais outros instrumentos mais abrangentes que os conhecimentos mais especializados de outros profissionais acabam por não ser assim tão valorizados “como arte, como ciência, como técnica e como filosofia” (Carvalho, A. & Batista, I., 2004, p.83).

Seguindo a mesma analogia Carvalho, A. & Batista, I., (2004) referem que a arte é importante pelo facto de que educar cria a necessidade de se ser criativo, na criação de alternativas, ter-se espírito empreendedor, capacidade de projetar, estar disponível para a resolução de imprevistos e ter poder de decisão. A ciência é importante devido à falta de não cair na tentação do poder empírico, na tomada como certa, mas sim criar novos conhecimentos através das próprias experiências. A técnica devido à exigência de adequar métodos e instrumentos que facilitem o processo de aprendizagem dos próprios educandos de acordo as suas características. A filosofia porque todos os nossos conhecimentos advêm do antropológico, que nos transmite os valores e comportamentos.

Os educadores sociais assumem-se como portadores de uma perspectiva e conhecimento globalizante, auxiliando na sua integração e privilegiando o trabalho social em rede.

Parafraseando Pimentel & Silva (2012) o papel dos profissionais de intervenção social deve ter por base duas dimensões que trabalhem em conjunto, neste caso, trata-se da, “prevenção de situações de vulnerabilidade e exclusão social das pessoas idosas e o apoio na reconstrução de projetos de vida que potenciem espaços alternativos de inclusão” (p. 220).

Ainda segundo as incumbências da ONU, a intervenção realizada com a população idosa deve privilegiar a sua participação ativa nas suas comunidades e espaços de pertença.

Em conformidade com a Declaração Universal dos Direitos dos Idosos, artigo nº 7,

“Os idosos devem permanecer integrados na sociedade, participando ativamente na formulação e implementação de políticas que afetam diretamente o seu bem-estar e partilhar o seu saber e habilidades com as gerações mais jovens” (Pimentel & Silva, 2012, p. 220).

Uma dos caminhos a tomar pode passar também pela criação de programas de educação nos quais os idosos podem assumir o papel de professores dos conhecimentos e de valores culturais e espirituais (Nações Unidas, 2002).

Assim sendo, todos os profissionais de intervenção social devem guiar-se não só pela Declaração Universal dos Direitos dos Idosos, como também pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, nunca esquecendo, o meio onde a pessoa está, de acordo com todos os fatores que envolvem a vida da pessoa idosa. Em suma, a intervenção social deverá ter em conta as especificidades de cada idoso, no sentido de desenvolver as suas potencialidades e afastando os seus constrangimentos, de forma a não valorizar as características negativas do envelhecimento (Pimentel & Silva, 2012).

Uma vez que a Educação Social tem como objetivo tornar a pessoa um ser social, compreende-se que são vários os métodos e técnicas para promover um envelhecimento ativo.

5. Unidade de Longa Duração e Manutenção

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) nasceu em 2006, esta é constituída por instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e apoio social a pessoas em situação de dependência, nas suas habitações ou em instalações da RNCCI. A RNCCI gerou-se da parceria entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social (MTSS) e do Ministério da Saúde (MS) e outros prestadores de cuidados de Saúde e de Apoio Social (Instituto de Segurança Social, IP., 2014).

De acordo com o Guia Prático da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, do Instituto de Segurança Social, IP. (2014) da RNCC faz parte as Unidades de Internamento como: Cuidados de Convalescença; Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação; Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção; Cuidados Paliativos. A RNCC inclui ainda as Unidades de Ambulatório, Equipas Hospitalares de Cuidados Continuados de Saúde e de Apoio Social e Equipas Domiciliárias de Cuidados Continuados de Saúde e de Apoio Social.

Os Cuidados Continuados Integrados têm como objetivo ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia e maximizar a sua qualidade de vida, independentemente da sua idade. O Guia Prático da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados declara que as pessoas que podem aceder aos cuidados continuados integrados são: pessoas que apresentem dependência funcional temporária, por estar em recuperação; pessoas com dependência funcional prolongada; idosos em situação de dependência e doença; incapacidade grave, com impacto a nível psicológico ou social e doença severa em estado avançado ou terminal (Instituto de Segurança Social, IP., 2014).

A missão da RNCCI passa por combater o número de internamentos que não sejam necessários, assim como a ocupação das urgências por não obterem um acompanhamento contínuo; reduzir o reinternamento hospitalar ou internamento de convalescença dos idosos; reduzir a quantidade de altas hospitalares tardias, como é o exemplo de internamentos que vão além do tempo necessário; aumentar o número de intervenções dos serviços de saúde e apoio social a nível da reabilitação integral e da promoção da autonomia; disponibilizar serviços com mais qualidade para o apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica; disponibilizar serviços de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós-internamento hospitalar; flexibilizar, organizar e planear os recursos numa base de sistema local de saúde, de acordo com as necessidades de cuidados da população da região; dar mais eficiência às respostas de cuidados agudos hospitalares (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., (s/d)).

O objetivo da RNCCI prende-se pela prestação de cuidados continuados integrados a pessoas seja de que idade for, que estejam numa situação de dependência.

De acordo com a Página Web do Instituto de Segurança Social, IP., (2014) os objetivos específicos passam por conseguir:

“¹Melhorar as condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados de saúde e/ou de apoio social; Promover a manutenção no domínio das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, sempre que, mediante o apoio domiciliário, possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; Atual através do apoio, do acompanhamento e do internamento tecnicamente adequados à respetiva situação; Melhorar de forma contínua, a qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; Apoiar os familiares, ou prestadores informais, na sua formação e qualificação para melhorar a prestação dos cuidados; Articular e coordenar em rede os cuidados em rede os cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; Prevenir lacunas em serviços e equipamentos, em consequência da progressiva cobertura a nível nacional das necessidades das pessoas em situação de dependência, em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos”.

A RNCCI rege-se por vários princípios estando eles presentes na Página Web do Instituto de Segurança Social, IP., (2014):

“²Prestação individualizada e humanizada de cuidados; Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede; Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da rede; Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade; Multidisciplinariedade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados; Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia; Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia; Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede; Participação e corresponsabilização da família e dos cuidados principais na prestação dos cuidados; Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados”.

Ainda através da Página Web do Instituto de Segurança Social, IP., (2014) compreende-se que a RNCCI pretende que a pessoa em situação de dependência tenha direito à

¹Acedida em 10 Janeiro de 2014. Disponível em <http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>

² Acedida em 10 Janeiro de 2014. Disponível em <http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>

“³dignidade, à preservação da identidade, à privacidade, à informação, à não discriminação, à integridade física e moral; ao exercício da cidadania, ao consentimento informado das intervenções efetuadas.”

O Guia Prático da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, do Instituto de Segurança Social, IP. (2014) Inteira-nos que para poder aceder aos serviços da Rede Nacional de Cuidados Continuados é necessário que a pessoa esteja internada no hospital do Serviço Nacional de Saúde e comunique ao serviço ou à Equipa de Gestão de Altas (EGA) do mesmo hospital. Em caso da pessoa estar na posição de episódio agudo da doença será a (EGA) a analisar o caso do doente. Após a análise e serem verificadas realmente as condições necessárias será encaminhado a proposta será emitida para a Equipa Coordenadora Local da área de residência. Ao iniciar o internamento é efetuada uma avaliação interdisciplinar, uma vez que é necessário que seja preparada a alta (Instituto de Segurança Social, IP., 2014).

Caso a pessoa se encontre em casa, num hospital privado ou noutra instituição, em situação de dependência que precise de cuidados continuados de saúde e/ ou social, poderá ser contactado o médico, enfermeiro ou assistente social do Centro de Saúde da área de residência da pessoa em causa. Neste momento, será avaliada a situação da pessoa pela equipa do Centro de Saúde, caso sejam verificadas as condições necessárias será encaminhado para RNCCI e esta irá enviar a proposta à Equipa Coordenadora Local da área. O Guia Prático da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, do Instituto de Segurança Social, IP. (2014), assegura que o cuidador da pessoa em causa, será incluído em todo o processo.

De acordo com os Indicadores Mensais, dados fornecidos pela Administração Central do Sistema de Saúde (2015), a Rede Nacional de Cuidados Continuados, no mês de Junho possuía uma capacidade total para 6.690 pessoas, na resposta de Equipas de Cuidados Continuados Integrados, tendo uma ocupação de 70%. As Unidades de Convalescença possuem 735 lugares e tem uma taxa de ocupação de 90%. As Unidades de Cuidados Paliativos têm 252 lugares com uma percentagem de ocupação de 88%. As Unidades de Longa Duração e Manutenção detêm 4.222 lugares e tem uma ocupação de 96 %. As

³ Acedida em 10 Janeiro de 2014. Disponível em <http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>

Unidades de Média Duração e Reabilitação possuem 2.087 camas e mostram uma percentagem de ocupação de 95%.

Neste caso em concreto ir-se-á aprofundar mais a Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), segundo o art. 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho citado em (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

"A unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio".

A ULDM atualmente possui ainda internamentos com menos de 90 dias, ou 90 dias por ano quando o principal cuidador necessita de descanso. O Guia Prático da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados refere que a ULDM disponibiliza: atividades de manutenção e de estimulação; cuidados de enfermagem permanentes; cuidados médicos; prescrição e administração de medicamentos; apoio psicossocial; controlo fisiátrico periódico; cuidados de fisiátrico periódico; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; animação sociocultural; higiene, conforto e alimentação; apoio no desempenho das atividades da vida diária (Instituto de Segurança Social, IP., 2014).

Segundo o Ministério das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, Portaria n.º 174/2014 de 10 de Setembro, Capítulo IV Recursos Humanos, Artigo 14.º Dotações das unidades em recursos humanos, revela no anexo IV os Recursos Humanos recomendados para cada trinta utentes será: 20 horas semanais para o médico incluído médico fisiatra, 20 horas semanais para o psicólogo, 240 horas para enfermeiros com presença permanente, fisioterapeuta 20 horas semanais com presença diária, assistente social 40 horas semanais, animador sociocultural 40 horas semanais, nutricionista 4 horas semanais, terapeuta ocupacional 20 horas semanais, pessoal auxiliar 320 horas com presença permanente.

Através da Administração Central do Sistema de Saúde (2015) a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados expressa na Directiva Técnica N.º1/UMCCI/2008, que os serviços concedidos nas Unidades de Longa Duração e Manutenção são designados a pessoas "com processos crónicos que apresentam diferentes níveis de

dependência e graus de complexidade, que não podem ser prestados no domicílio, com previsibilidade de internamento superior a 90 dias consecutivos”.

Segundo a mesma diretiva técnica (Nº1/UMCCI/2008) são critérios para admissão: a pessoa que necessite de cuidados médicos e de enfermagem; o utente que sofra de patologia aguda e/ou crónica estabilizada, precise de cuidados de saúde e mostre défice de autonomia nas atividades de vida diária; o indivíduo que tenha patologia crónica com evolução lenta e possua uma perspetiva de poucas melhorias a nível clínico e funcional; a pessoa que não obtenha capacidade de recuperar num curto e médio prazo; o doente que apresente algum síndrome de depressão, confusão, desnutrição/problemas na deglutição; deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou dificuldades de locomoção. São ainda considerados doentes com falta de apoio familiar ou no caso do cuidador principal ter carência de descanso, nesta última situação o doente pode usufruir de um internamento menor que 90 dias e com um limite anual de 90 dias (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015).

A Administração Central do Sistema de Saúde (2015) mostra na Directiva Técnica Nº1/UMCCI/2008 que são considerados critérios de exclusão para ingressar em unidades de regime de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados pessoas com ocorrências de doença em fase aguda; que precisem somente de apoio social; quando o doente seja internado com a finalidade de estudo de diagnóstico; a necessidade seja, somente cuidados paliativos e a sua admissão não se concretize em cuidados paliativos; e no caso da pessoa infetada necessite de terapêutica medicamentosa que seja de uso restrito a meios hospitalares.

De acordo com os Indicadores Mensais, dados fornecidos pela Administração Central do Sistema de Saúde (2015) é possível constatar que no Algarve é onde existem menos vagas para Unidades de Longa Duração e Manutenção, uma vez que possui 314, comparativamente ao Alentejo com 425 vagas, a Lisboa e Vale do Tejo com 978 vagas, ao Centro com 1177 vagas e ao Norte com 1328 vagas. Relativamente à taxa de ocupação o Algarve apresenta uma taxa de ocupação de 97%, assim como o Alentejo, Lisboa e Vale do Tejo com 98%, o Centro com 95% e o Norte com 96% (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015). A nível do Movimento Assistencial dos Utentes em todo país mostra que 3.162 pessoas foram referenciadas, 2.973 pessoas foram admitidas e

foram dadas 2.978 altas. Mais especificamente no Algarve foram referenciadas 273 pessoas, 237 foram admitidas e 286 tiveram alta.

Em todo país existem 166 Unidades de Longa Duração e Manutenção de acordos com os dados da Administração Central do Sistema de Saúde (2015). O Algarve possui 11 Unidades de Longa Duração e Manutenção, entre elas está a Associação de Bem Estar Social da Freguesia de Azinhal (ABESFA) em Castro Marim, a Casa da Criança do Rogil em Aljezur, a Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação de Tavira, o Centro de Saúde de Albufeira, a Fundação Algarvia de Desenvolvimento Social em Faro, o Lar Quinta S. Sebastião, LDA., a Santa Casa da Misericórdia de Estômbar, a Santa Casa da Misericórdia de Faro, a Santa Casa da Misericórdia de Loulé, a Santa Casa da Misericórdia de Silves e a Santa Casa da Misericórdia de Vila Real de Santo António.

Através desta recolha de conhecimentos sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados compreende-se que esta resposta veio colmatar muitas das necessidades que se faziam sentir não só pelo Serviço Nacional de Saúde, como pela população em geral. Contudo é importante notar-se que apesar da Rede Nacional de Cuidados Continuados estar divididas por problemáticas e que já existem em grande número, acabam por não ser em número suficiente uma vez que não conseguem dar respostas a todas as pessoas, assim como a todas as necessidades. Uma vez que nem todas as pessoas cumprem todos os requisitos ou em número suficiente para dar entrada na resposta social.

6. Inclusão Social

Segundo COM em 2003 (citado em Alvino-Borba & Mata-Lima, 2011) a Inclusão Social é um:

“Processo que garante que as pessoas em risco de pobreza e exclusão social acedam às oportunidades e aos recursos necessários para participarem plenamente nas esferas económica, social e cultural e beneficiem de um nível de vida e bem-estar considerado normal na sociedade em que vivem” (p.222).

No entanto, Sheppard em 2006 (citado em Alvino-Borba & Mata-Lima, 2011) afirma que a Inclusão Social:

“está relacionada com a procura de estabilidade social através da cidadania social, ou seja, todos os cidadãos têm os mesmos direitos na sociedade. A cidadania social preocupa-se com a implementação do bem-estar das pessoas como cidadãos” (p.222).

Existem várias convergências entre as várias definições de Inclusão Social, no entanto, existem mais definições de exclusão social, por esta temática ser algo muito estudado, no entanto, a pesquisa biográfica revela que a inclusão social não tem sido tão estudada, devido à falta de políticas de inclusão (Alvino-Borba & Mata-Lima, 2011).

Segundo Costa em 2008 (citado em Pimentel & Silva, 2012) quando falamos de inclusão social temos obrigatoriamente de falar do conceito oposto que é a exclusão social. Segundo o autor “existe um *continuum* inclusão-exclusão, que impossibilita uma definição precisa de ambos ... inclusão social não poderá ser apresentada, senão a partir de uma situação ideal” (p. 219).

A partir da perspetiva que estes autores apresentam torna-se notório que existe uma necessidade de criação de projetos que ambicionem a inclusão social.

Segundo (Carvalho, A. & Batista, I., 2004) a velhice revela-se como um fator potencial de exclusão, ainda que frequentemente encoberto pelo silêncio dos internamentos institucionais e familiares, pela vergonha disfarçada com os vários véus do orgulho individual.

Em concordância, (Pimentel & Silva, 2012) creem que a inclusão social das pessoas idosas é uma tarefa acrescida uma vez que quando se fala do conceito idoso ou instituição está logo implícita uma supressão com o sistema social que coopera na inclusão e na cidadania ativa através do sistema produtivo. A partir do momento em que o indivíduo atinge os 65 anos, deixa de existir necessidade de a pessoas manter atividades que patrocinem a sua inclusão. Alias, atualmente parte-se do princípio que os idosos devem abandonar o mercado de trabalho e o sistema produtivo, para que possibilitem a oportunidade às pessoas mais novas, que poderão possibilitar um aumento de produção.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (citado em Pimentel & Silva, 2012) reconhece-se a importância da promoção da participação das pessoas à medida que vão envelhecendo na vida económica, social, cultural e política da sua sociedade. Desta

forma, ambiciona-se a vinculação das oportunidades de ações na promoção da participação no sentido de obter um envelhecimento ativo e com qualidade.

A Inclusão Social dos idosos na perspectiva da intervenção em saúde, num contexto europeu dá-se um maior ênfase às medidas sociais e de saúde relativas à população mais envelhecida. A Organização Mundial de Saúde define políticas de envelhecimento ativo “como um processo organizado de oportunidades da saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” (Pimentel & Silva, 2012, p. 215).

Segundo World Health Organization em 2006 (citado em Pimentel & Silva, 2012) os países europeus, assim como Portugal, encontram-se com a necessidade de rever a situação dos idosos relativamente à inclusão social e cidadania. Conforme a Declaração de Brasília sobre o Envelhecimento (1997) torna-se perceptível que os idosos mais saudáveis são um recurso para as suas famílias e comunidade e desta forma também para a economia, onde existem apoios e trabalho de capacitação.

Parafraseando (Capucha citado em Pimentel & Silva, 2012) com a deterioração dos laços profissionais, acabam por quebrar-se similarmente os laços com os amigos e outras relações que finam por influenciar também a relação com a família que deixa de exercer a sua função de integradora, e faz com que a pessoa idosa entre num isolamento social.

Derivado destas mudanças, os idosos passam a reformados/pensionistas, de casados passam a viúvos, de saudáveis passam a doentes e muitas vezes de ativos passam a inativos. Esta situação finda por determinar a necessidade da reconstrução da sua identidade, a reconstrução de projetos de vida, a reinvenção de formas de inclusão social e a imposição de defrontar-se com estereótipos que dão lugar à exclusão social.

Relativamente à relação que existe entre idosos, família e comunidade subsistem contornos de uma solidariedade frágil e imprescindível uma vez que as transformações surgidas na estrutura familiar são a causa de alguns dos processos de isolamento e exclusão dos idosos. A intervenção social com a pessoa idosa não pode descurar o potencial que a família possui na prestação de cuidados, assim pretende-se que se promova a reedificação dos laços familiares.

Segundo (Ribeiro citado em Pimentel & Silva, 2012) no século XX, a partir da década de setenta, foram verificadas alterações nas estruturas familiares, principalmente devido a uma maior entrada do número de mulheres no mercado de trabalho. Assim sendo, foi necessário encontrar instituições prestadoras de serviços sociais que substituíssem a família, mais concretamente o papel desempenhado pelas mulheres. É possível compreender que cada vez mais as famílias se veem impedidas de realizar o seu papel de familiar, o que faz com que apostem numa institucionalização parcial ou total dos seus idosos. Verifica-se que se numa primeira fase do envelhecimento as famílias são reestruturadas para os receber, mas que numa segunda fase em que começa a agudização é difícil uma nova reestrutura familiar que na maioria das vezes não acontece.

Quando os idosos estão numa fase de dependência, dá-se um estremecimento nas relações de solidariedade familiar, que leva à institucionalização, no entanto é na família que se mantem a rede de solidariedade intergeracional, como afirma (Ribeiro citado em Pimentel & Silva, 2012). Conclui-se que é preciso atacar esta problemática com intervenções que deem mais valor aos idosos, com um maior aumento do contacto intergeracional.

Para que o número de institucionalizações não aumente é necessário conscientizar as famílias para a criação de estruturas de solidariedade familiar e comunitária, uma vez que existem serviços e recursos económicos, para as famílias mais carenciadas, de modo a que o idoso não seja mais uma despesa. Porém, faz parte das funções dos profissionais a criação de programas que contribuam para a promoção de acolhimentos temporários de idosos ou potenciar os existentes, para que a família principalmente os cuidadores possam descansar e aliviar o seu cansaço. No entanto, o trabalho não passa só pela família mas pela comunidade em que deve ser desenvolvido um trabalho de sensibilização e de envolvimento.

De acordo com (Ribeiro citado em Pimentel & Silva, 2012) os técnicos de intervenção social tem como função e devem assumir como obrigação de consciencializar a comunidade para a importância das redes de amizade e de ajuda mútua, estimulando e apoiando o desenvolvimento de projetos locais dirigidos a todos os grupos etários e que potenciem uma maior participação das pessoas idosas na vida das comunidades.

“ É na comunidade, no espaço vivencial, que a valorização dos aspetos positivos que esta fase encerra, tem de se situar, através designadamente do estímulo à participação em toda a

vida comunitária que deverá começar, evidentemente, no próprio seio familiar.” (Ribeiro, 2001 citado em Pimentel & Silva, 2012, p.222)

São os profissionais que têm a obrigação de desenvolver as capacidades e potencialidades da pessoa idosa, através também, da sensibilização das comunidades de que estas pessoas podem ser um recurso, uma vez que são possuidores do “património identitário” das comunidades. Daí a importância de reconhecer, valorizar as suas experiências e saberes. Uma vez que estas pessoas são detentoras de uma experiência de vida que podem ser referências para as pessoas mais novas e reforçar os sentimentos de pertença dos idosos (Pimentel & Silva, 2012).

Todas as comunidades irão beneficiar quando começarem a criar formas de legitimar todas as capacidades dos idosos, considerando também que os idosos tem uma maior disponibilidade de tempo que pode ser usado para promover o envelhecimento ativo, através de atividades que propaguem a manutenção da saúde física e mental, podendo ser diligenciados espaços de solidariedade social, valorização, afirmando a cultura e a identidade da sua comunidade.

A intervenção social com idosos contribuiu para o envelhecimento ativo e produtivo. A intervenção social visa:

- ✓ “Melhorar as suas condições físicas e cognitivas;
- ✓ Aumentar os níveis de autonomia;
- ✓ Superar limites que eles próprios, a família e a sociedade lhes impõem” (Garcia e Peláez citado em Pimentel & Silva, 2012, p.223).

As intervenções podem passar pela promoção da prática de exercício físico, a alimentação saudável, o treino de competências cognitivas, a promoção de um estilo de vida ativo, participativo e dinâmico. No entanto, o trabalho dos profissionais não passa só por aqui, passa também por um acompanhamento individual e em grupo, visto esta ser também uma forma do combater o isolamento (Pimentel & Silva, 2012).

As intervenções de grupo podem fomentar a sensibilização e motivação, que podem originar mudanças no dia-a-dia, na sua identidade, nas suas competências para que saibam lidar com as compressões, aumentando a sua autoestima, saberes e capacidades.

De acordo com (Garcia e Peláez citado em Pimentel & Silva, 2012), as dinâmicas de grupo são uma boa aposta abarcando a “intervenção familiar e pessoal, o equilíbrio pessoal e emocional e o desenvolvimento de recursos” (p. 223).

A intervenção através de grupos funciona melhor em meios institucionais e tem como objetivo combater a apatia e depressão assim como promover a autoestima e autonomia.

“As pessoas idosas têm uma grande necessidade de comunicar e os grupos constituem um ambiente ideal no qual podem expressar, de forma verbal e não-verbal, e no qual os seus desejos e opiniões são considerados” (Garcia e Peláez citado em Pimentel & Silva, 2012, p.224).

Nestes casos, o grupo auxilia a recuperar sentimentos de pertença, que muitas vezes são estes que são quebrados na saída do seu meio, criando-se aqui uma identificação com o grupo. A participação em atividades de lazer e/ou socioculturais, promove a comunicação, as relações interpessoais e de participação, dando o pontapé de saída para o desencadear novas competências e a aquisição do reconhecimento do trabalho produzido. Estes grupos muitas vezes desenvolvem atividades lúdicas, de comunicação, cognitiva e de expressão plástica. Neste caso, o profissional desempenha o papel de coordenador e dinamizador das atividades e de dar energia ao grupo, de acordo com as expetativas dos elementos do grupo.

Os princípios que direcionam a intervenção social com os idosos são baseados em:

“informar sobre os recursos disponíveis e condições e critérios de acessibilidade; facilitar o acesso a recursos sociais por parte dos idosos e dos cuidadores (familiares ou outros); apoiar na adequação dos espaços às necessidades dos idosos, particularmente daqueles que continuam a habitar sozinhos; informar sobre oportunidades de lazer [...] e criar condições de acesso; fomentar a criação de grupos de autoajuda; promover a prática de exercício físico; promover e/ou facilitar o acesso a espaços de culto” (Pimentel & Silva, 2012, p.225).

Os técnicos de intervenção social tem o papel de fazer a ponte entre os idosos, as famílias e comunidade, de modo a conseguirem informar, facilitar, apoiar, fomentar e promover a inclusão social.

7. Psicogerontologia Comunitária

Para que seja possível compreender o que é realmente a Psicogerontologia Comunitária é necessário perceber primeiramente o que é a Psicologia Comunitária. De acordo com (Marujo & Neto, 2010, p. 517) a Psicologia Comunitária pretende ir “mais longe do que o intra-individual”, esta aplicar-se ao

“estudo e intervenção junto das comunidade e instituições, mobilizando-se assim para ser parte activa e útil nas mudanças sociais e no restabelecimento da justiça social; caminhar [...] além do modelo científico de resolução de problemas e da identificação de necessidades das pessoas [...]”.

Assim sendo, Ornelas (2007) revela que a Psicologia Comunitária há vinte anos que começou a ser executada no âmbito da saúde mental e colaborou para a mudança do sistema de saúde mental em Portugal, através da intervenção comunitária. Desta forma, através da intervenção comunitária, foi organizado um sistema de base comunitária que facultou serviços dos contextos naturais que são de acesso à população em geral. Para Menezes, Teixeira & Fidalgo (2007) citado em (Menezes, 2010) a intervenção comunitária tornou-se também numa área que está a abranger profissionais vindos das mais diversas formações como: psicólogos, animadores socioculturais, técnicos superiores de educação social, sociólogos, técnicos superiores de serviço social, entre outros. Assim de acordo com Layard citado em (Marujo & Neto, 2010), a psicologia tem evoluído no sentido em que está a mudar o seu enfoque para outras áreas, como as dinâmicas económicas, sociais, políticas e contextuais relacionadas com a relação com a vida social.

Por conseguinte, a intervenção comunitária guia-se pelo desenvolvimento e pela ação, não de modo individual, mas em conjunto com os grupos sociais, com as instituições e com as comunidades, sendo estes interventores no processo que tem como intuito a capacitação e o empoderamento. O que nos leva à linha de pensamento de Cowen (2000) citado em (Menezes, 2010, p. 31) que defende que a pratica profissional passa além dos

“clássicos espaços reparadores de saúde mental – o gabinete, a clínica, o hospital, a sala de consultoria – [para incluírem] a comunidade e as suas instituições relevantes (escolas, igrejas, grupos informais, [associações], etc.)”.

Durante grande parte do século XX, os profissionais estavam mais vocacionados para as faixas etárias mais juvenis, deste modo com o aumento da população envelhecida gerou-se a necessidade da criação de ciências como a geriatria e a gerontologia. Estas áreas encontram-se numa contínua fase evolutiva de acordo com a progressão dos conhecimentos. Em conformidade, (Azeredo, 2014, p. 72) verificou-se a necessidade de se realizem “investigações que permitam descobrir estratégias mais adequadas a cada situação”. Acarretado ao envelhecimento existem temáticas que necessitam de ser investigadas “com objetivos diferentes enveredando por metodologias diversas”. Assim, estará facilitado o facto de cada área criar intervenções mais apropriadas a cada tipo de intervenção. Como afirma Bindé (2007) citado em (Azeredo, 2014, p. 75) “o potencial da investigação em laboratórios é particularmente promissor na área da saúde e do desenvolvimento sustentável”. Assim conclui-se que

“o envelhecimento de uma sociedade tem implicações em todos os sectores que a compõem: no indivíduo, enquanto elemento da mesma; na família, enquanto unidade social; e por fim, em outras estruturas que a compõem e são necessárias à sobrevivência e bem-estar do Homem” (Azeredo, 2014, p. 77).

Já no ano (2002) as Nações Unidas no seu documento Direitos Humanos e Pessoas Idosas divulgam que

“(…)os Estados Partes deveriam (...) fazer todos os possíveis para promover a investigação dos aspetos biológicos, mentais e sociais do envelhecimento e das formas de manter as capacidades funcionais e prevenir e retardar o aparecimento de doenças crónicas e deficiências. Neste sentido, recomenda-se aos Estados, organizações intergovernamentais e organizações não-governamentais a criação de instituições especializadas no ensino da gerontologia, geriatria e psicologia geriátrica, em países onde não exista este tipo de instituições” (Nações Unidas, 2002, p.9).

Neste caso específico iremos abordar mais aprofundadamente a gerontologia que já em (1985) Bramwell citado em (Pereira & Pimentel, 2012, p.28) que definia a gerontologia como sendo

“ um tema central distinto que é o estudo do envelhecimento humana na perspetiva do ciclo de vida; metodologias de investigação próprias como sejam o estudo de marcadores biológicos da idade (no campo da bioquímica e ciências afim) e metodologias qualitativas e fenomenológicas (no campo das ciências sociais e humanas) ”.

No ponto de vista do gerontólogo o envelhecimento da pessoa humana é mais uma fase do ciclo da vida da pessoa, nesta fase dá-se o seguimento aos fatores biológicos, sociais e culturais, visto serem estes que constituem a vida de qualquer pessoa. Sendo que a pessoa tem que ser vista como única, com a sua história individual. O profissional de gerontologia tem uma formação interdisciplinar, na sua intervenção avalia a vida e as condições de vida do idoso, seja ele saudável, debilitado ou dependente. Porém este profissional não é autossuficiente uma vez que necessita sempre de trabalhar em conjunto com outros profissionais da área da saúde e da área social (Pereira & Pimentel, 2012).

De acordo com os dados fornecidos por Pereira & Pimentel (2012) Portugal na última década tornou-se pioneiro na aparição de licenciaturas na área da gerontologia. Note-se que foram concebidos, na Europa, planos de estudo da área da gerontologia, através de especializações que criou o aparecimento de novas profissões e novos profissionais, uma vez que apesar de já obterem uma formação de base em psicologia, medicina, enfermagem, educação social ou outra, procuram um maior conhecimento na área da gerontologia. Porém, deste modo, além de profissionais da área específica alargaram os seus conhecimentos para a área da gerontologia.

A Psicogerontologia Comunitária nasce assim da necessidade dos futuros profissionais da área social e da saúde poderem ter aprendizagens de acordo com as mudanças existentes na sociedade, assim, pretende-se um “Ensino plenamente integrados numa comunidade e de e para a sociedade” (Azeredo, 2014, p. 77).

Vara (2012) afirma que só é possível realizar a intervenção específica com o idoso quando primeiramente forem eliminar as necessidades básicas quer do idoso, quer da instituição onde o idoso possa habitar, caso seja este o caso de estar institucionalizado, no sentido em que também se torna necessário exterminar com as necessidades da direção, colaboradores, idosos e seus familiares.

Ou seja o profissional de Psicogerontologia Comunitária vai mais longe uma vez que além de estudar “o perfil, motivações, objetivos, esperanças, necessidades [...] autonomia, individualidade”, crendo que se trata de uma pessoa única, válida, respeitosa que precisa de ter atenção e apreço desenvolve também projetos de intervenção comunitária. Segundo Neri (2006) e Karsh (2006) citados em (Domingues, 2012), com o número de elementos familiares a diminuir nos países desenvolvidos e em

desenvolvimento, a participação comunitária através de amigos e vizinhos torna-se essencial para o desenvolvimento de políticas e programas direcionados para os idosos. Desta forma em conjunto com os profissionais a comunidade será um apoio fulcral para os idosos dependentes. Lemos & Medeiros (20011) citados em (Domingues, 2012, p.177) afirmam que estes projetos de intervenção comunitária desenvolvidos em conjunto com profissionais e a comunidade podem desenvolver-se através de “orientações, esclarecimentos e informações, que viabilizam propostas terapêuticas direcionadas à promoção da saúde do idoso”.

Em (1998) a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), na 25ª Conferencia Sanitária indicou “programas de atenção ao idoso” com o objetivo: envolver a comunidade, com o intuito de “evitar a institucionalização de pessoas debilitadas; incentivando à atenção primária de saúde, evitando a hospitalização; e, programas que estimulem a autonomia dos idosos” (Domingues, 2012, p.178).

Parte II- Estudo Empírico

8. Metodologia

A metodologia tem um papel fundamental no decorrer de qualquer projeto social, tendo em conta que os resultados finais estão dependentes do procedimento, devido ao método e pela forma como foram conseguidos os resultados (Perez Serrano, 2008). Para (Espinoza citado em Perez Serrano, 2008, p. 47) “o método é o caminho que se escolhe para a obtenção de um fim”. De acordo com estes autores procura-se definir qual o desenho da investigação que procuramos desenvolver, para que seja mais fácil a confrontação com os dados em questão. No caso desta investigação optou-se pelo estudo caso, no âmbito da investigação-ação, por se adequar mais ao tipo de estudo pretendido.

A investigação qualitativa é a forma de o investigador ir recolher os dados ao seu habitat natural, partindo do princípio que o investigador é o instrumento principal. Apesar de o investigador utilizar outros equipamentos como o vídeo e o áudio, estas informações são analisadas e revistas e complementadas com as informações que se obtém através de um contacto direto (Bogdan & Biklen, 1994). Os investigadores qualitativos quando estão a realizar as investigações qualitativas estudam os locais porque se preocupam com as circunstâncias em que as ações acontecem e compreendem que os resultados da investigação são mais genuínos, quando são avaliados, no seu contexto. Uma vez que dados como os registos oficiais são gerados por pessoas, torna-se necessário perceber em que momento foram criados. Pondera-se que para a pessoa que realiza a investigação não se pode avaliar as atitudes e as palavras, em separado, uma vez que corre-se o risco de não alcançar o verdadeiro resultado (Bogdan & Biklen, 1994).

Parafraseando (Bogdan & Biklen, 1994) outra das características da investigação qualitativa é primar pela descrição dos dados, através de palavras ou imagens e não de números. Os resultados contêm citações dos dados recolhidos como são exemplo as transcrições das entrevistas, respeitando sempre a sua forma.

Segundo (Bogdan & Biklen, 1994) os investigadores expressam um maior interesse pelo processo em que decorre a investigação do que com os resultados do estudo. A análise

dos seus dados decorre de forma indutiva, ou seja, quando os dados são recolhidos não se ambiciona confirmar hipóteses preconcebidas, mas sim construir à medida que os dados são recolhidos e analisados. Assim, parte-se do princípio que o investigador utiliza parte da pesquisa para perceber quais as problemáticas que são necessárias trabalhar.

Para Erickson citado em (Bogdan & Biklen, 1994) este tipo de investigação interessa-se pela perspectiva que os participantes dão à sua vida. Em suma, segundo Psathas citado em (Bogdan & Biklen, 1994) os investigadores qualitativos que realizam o seu trabalho na área da educação estão continuamente a interrogar os sujeitos de investigação, para entender “aquilo que eles experimentam, o modo como eles interpretam as suas experiências e o modo como eles próprios estruturam o mundo social em que vivem” (p.51).

Assim, através do nosso trabalho ambiciona-se estabelecer estratégias e procedimentos que atentam às experiências e aos pontos de vista das participantes, que de outra forma nunca iriam ser tratados de modo neutro. Em concordância com os autores decidiu-se enveredar para a realização de um estudo caso, uma vez que primeiramente foi escolhido o local onde iria realizar-se o estudo e quais as pessoas que poderiam participar no mesmo, seguidamente qual a conveniência do trabalho de investigação e assim iniciou-se a recolha dos dados e a delimitação dos objetivos.

O estudo caso constitui-se pela “observação detalhada de um contexto, ou indivíduos, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico” como afirma Merriam citado em (Bogdan & Biklen, 1994, p.89). Para estes autores uma das sugestões apresentadas diz respeito à necessidade de espírito prático na seleção do estudo caso e a escolha de fontes de dados que sejam compatíveis com os recursos e competências, deste modo, num primeiro momento, são procurados locais e pessoas que possam fazer parte do estudo; e perceber se têm algo que seja do interesse do investigador; bem como avaliar a eventualidade de o realizar, inicia-se então a recolha de dados e a sua exploração para determinar qual o objetivo do estudo. Estruturamos o tempo, elegem-se as pessoas, neste caso os utentes que irão participar e o que se pretende aprofundar, alguns planos são postos de parte, mas outros se compõem e assim com a recolha dos dados e o encadeamento do trabalho é delineado o estudo. No estudo caso a melhor técnica passa

pela observação participante focado numa instituição, com pessoas que partilhem uma particularidade comum, se isso acontecer privilegia-se a entrevista, uma vez que a partilha individual é sempre mais fácil para a pessoa em estudo, do que enquanto realiza as atividades (Bogdan & Biklen, 1994).

Neste âmbito, a investigação-ação adequa-se bastante ao tipo de investigação e projeto que nos propomos fazer, visto que pretendemos apoiar-nos na opinião das pessoas para que estas contribuam para o projeto, de modo, a que seja um trabalho conjunto, não só com os restantes profissionais mas também com as utentes. “A investigação-ação consiste na recolha de informações sistémicas com o objetivo de promover mudanças sociais” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 292). A investigação-ação é o tipo de investigação aplicada, no qual o investigador se envolve ativamente na causa da investigação, neste sentido, pretendo investigar a melhor forma de intervir junto deste grupo de idosos. Segundo Bogdan & Biklen (1994) a investigação deve ser algo autónomo, que não seja um préstimo de serviços. A objetividade da investigação-ação, define-se pelo simples facto de não tomar partido por nenhuma da informação que recolhe, relatando o resultado do seu trabalho de forma integra e honesta. Este trabalho de investigação pretende sugerir recomendações que facilitem a mudança, ou seja, através do material recolhido e analisado pretende-se estimular e motivar os grupos para ações que promovam a mudança e transformação (Bogdan & Biklen, 1994).

Parafraseando Bogdan & Biklen (1994) pode concluir-se que a investigação-ação tem uma base pedagógica que pretende ser determinante aliar-se a uma abordagem qualitativa, uma vez que se sustenta das “palavras das pessoas”, para “compreender um problema social, quer para convencer outras pessoas a contribuírem para a sua remediação” (p. 300).

Contudo Fonseca (2008) elucidamos sobre o fato de os investigadores quantitativos usarem análises estatísticas em certas situações que delimitam o padrão dos dados. O que nos faz crer que se dermos uso aos dois tipos de investigação quantitativa e qualitativa iremos ter não só o padrão dos dados como o conhecimento dos mesmos, ou seja irá dar um maior conhecimento sobre a realidade que estamos a investigar.

Ou seja, de acordo com (Fonseca, 2008) citado em Manayo e Sanches (1993, p. 4) “se utilizarmos dentro dos limites das suas especificidades, na base da teoria da relatividade,

ambas [as investigações] podem contribuir efetivamente para a procura de construção de teorias, formulação e testes de hipóteses, ou seja, melhor conhecimento da realidade”, como afirma Bourdieu, que quando se trata de uma investigação unicamente qualitativa corremos o risco de não ir além da repetição do que se observa durante o trabalho de campo.

Em síntese, podemos adiantar que o nosso trabalho de investigação apesar de ter uma vertente qualitativa irá utilizar a vertente quantitativa para prestar maiores esclarecimentos sobre a questão da investigação. O facto de se afirmar que a investigação apresenta uma vertente qualitativa passa por ter-mos utilizado como técnica de recolha de dados a observação, as conversas informais, a criação de guiões de entrevista, entrevistas, assim como a análise de conteúdos das entrevistas realizadas. Contudo deu-se a necessidade de quantificar os resultados obtidos nos instrumentos que utilizamos como o Inventário de Saúde Mental adaptado do Mental Health Inventory (Ribeiro, 2001) e Escala modificada de Barthel (Apóstolo, 2012).

8.1 Propósito e delimitação do problema

O projeto de investigação tem como intuito compreender de que forma é possível promover a inclusão, na sociedade, bem como a saúde mental, da pessoa idosa, que permaneça na Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) da Quinta São Sebastião, através da Educação Social.

Assim sendo, pretende-se perceber a pertinência de proporcionar a oportunidade das utentes entrarem, de novo em contacto com a sociedade, bem como prepará-las para a sua inclusão, através de um projeto de Educação Social, baseado em atividades que fomentem a participação das mesmas numa vida mais ativa e participativa. Desta forma, pretende-se ainda também perceber em que medida o Projeto de Educação Social promove a saúde mental das gerentes.

Segundo Quivy & Campenhoudt (1995), um trabalho de investigação em ciências sociais, deve começar por enunciar o projeto através de uma pergunta de partida. Esta pergunta

exprime o que se pretende saber, esclarecer ou perceber. Esta questão de partida será o “fio condutor da investigação”.

No caso da investigação em questão, pretende-se compreender “De que forma a Educação Social promove a Inclusão Social e Saúde Mental, dos gerontes da ULDM?”. Este tema irá prender-se por atingir o Objetivo Geral através do seguimento dos Objetivos Específicos.

Segundo Espinoza, 1986 citado em (Perez Serrano, 2008, p. 46), os objetivos gerais são: “aqueles propósitos mais amplos que definem o quadro de referência do projeto”, López-Barajas, 1988 (citado em Perez Serrano, 2008, p. 46), alerta-nos que os objetivos gerais de um projeto docente, deve atender a princípios: a nível Filosófico, uma vez que devem estar de acordo os objetivos do “Homem”; a nível Psicológico “pretendem identificar necessidades/interesses”; corresponder a uma Lógica o que faz com que imponha um procedimento “interdisciplinar”, para que as utentes percecionem “a realidade e o seu carácter interativo e dinâmico”; a nível Social crítica os saberes, para identificar precocemente os objetivos gerais; a nível Hermenêutico tem a exatidão do significado dos objetivos”. Apesar destes preceitos terem como base um projeto docente, é possível verificar as semelhanças com os projetos sociais.

Nesta fase o Objetivo Geral que se coloca no projeto em questão é:

- Compreender como promover a Inclusão Social e a Saúde Mental dos gerontes através da Educação Social.

Os Objetivos Específicos são:

- Saber como promover a Saúde (Física, Mental e Social) dos gerontes;
- Compreender a Inclusão Social no âmbito dos gerontes que habitem na Unidade de Longa Duração e Manutenção;
- Entender de que forma a Educação Social pode contribuir para a Inclusão Social e Saúde Mental dos gerontes.

Segundo (Perez Serrano, 2008) os objetivos específicos distinguem-se por particularizar mais que os objetivos gerais, o que faz com que clarifique mais o que se ambiciona com o projeto. Os objetivos específicos pretendem:

- Delimitar o objetivo geral;
- Precisar o objetivo geral;
- Necessitam de tomar decisões relativamente ao sentido dos objetivos gerais;
- São reformulados de acordo os factos observados e as avaliações realizadas;
- Permitem a simplificação da construção do Projeto Social;
- Possibilitam uma maior divisão dos objetivos para realizar uma melhor avaliação.

Deste modo, conclui-se que quando os objetivos específicos são bem elaborados tornam a avaliação do projeto mais coerente.

8.2 Instrumentos

Para (Perez Serrano, 2008) a seleção dos instrumentos a usar na investigação deve ser bastante exigente e clara. Neste caso, pretende-mos servir-nos de cada um dos instrumentos para um termo distinto, tornando-se importante primeiro perceber quais os instrumentos existentes e quais os mais adequados para o estudo. Os instrumentos utilizados foram: a Entrevista semiestruturada de Avaliação Neuropsicológica (Faria, et al, 2012, citado em Saturnino, Cruz & Faria, 2013); Inventário de Saúde Mental adaptado do Mental Health Inventory (Ribeiro, 2001); Escala modificada de Barthel (Apóstolo, 2012).

A Entrevista semiestruturada de Avaliação Neuropsicológica tem como objetivo recolher informação sobre a saúde mental e o bem-estar do(a) geronte. Desta forma, através da anamnese aprofundada procurar-se-á obter informação sobre: os dados sociodemográficos; relativos ao historial de saúde; às dificuldades funcionais do sujeito; ao apoio social percecionado; à atividade; ao estado de saúde mental e à perceção de envelhecimento. Assim pretende-se compreender se o envelhecimento está a decorrer de forma ativa, bem-sucedida e se o envelhecimento está a ser produtivo.

A entrevista está dividida em duas partes: a primeira parte consiste na Entrevista prévia e a segunda parte na Avaliação Psicológica de Saúde e Bem-estar.

A primeira parte compõe-se pelo Estado de consciência do paciente e pelas Principais queixas do paciente. Do Estado de consciência faz parte a orientação, o nível pré-mórbido e a atitude do paciente face à sua situação. Posteriormente, as Principais queixas do paciente subdividem-se em queixas subjetivas e espontâneas; queixas generalizadas; queixas sobre os sintomas específicos episódicos; queixas sobre sintomas constantes e de evolução progressiva e queixas sobre transtornos nas funções complexas.

A segunda parte, a Avaliação Psicológica da Saúde e Bem-estar, divide-se em quatro subtemas: Apoio Social, Atividades preferidas/prazenteiras, Saúde Mental e Envelhecimento bem-sucedido. Do Apoio Social ainda fazem parte as redes de suporte informal-vizinhos e familiares, o isolamento social e a relação de amizade. Da Saúde Mental caracteriza-se ainda pela autoavaliação de Saúde e Bem-estar e pela Promoção da Saúde Mental (Faria, et al, 2012).

O Inventário de Saúde Mental, adaptado do Mental Health Inventory (MHI) por Ribeiro (2001), foi também um dos recursos utilizados na recolha de dados. Este baseia-se num questionário de autorresposta com 38 itens, que se distribuem por cinco dimensões, a Ansiedade com 10 itens, a Depressão com 5 itens, a Perda de Controlo Emocional/Comportamental, com 9 itens, o Afeto Positivo, com 11 itens, os Laços Emocionais, com 3 itens, por sua vez, estas cinco subescalas agrupam-se em outras duas grandes subescalas que medem respetivamente o Distresse Psicológico (é a soma das subescalas de Ansiedade, Depressão e Perda de Controlo Emocional/Comportamental) o Bem-estar Psicológico (é a soma das subescalas Afeto Geral Positivo e Laços Emocionais). A resposta a cada item encontra-se organizada numa escala ordinal de 1 a 6, sendo que os itens 9 e 28 serão pontuados de 1 a 5. Quando a pessoa assinala a casa de cima será atribuída a pontuação 6 e na casa de baixo a pontuação 1. Nos itens 2, 3, 9, 11, 13, 15, 16, 19, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 35, 36, 38 serão contabilizados de modo invertido, ou seja, quando a pessoa assinala a casa de cima será atribuída a pontuação 1 e na casa mais abaixo será atribuída a pontuação 6. A pontuação total, resultará da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada escala, sendo que os resultados totais abaixo do nível 52, apontarão para a existência de sintomatologia grave e os resultados abaixo de 60, para a existência de sintomatologia moderada. Em suma, os valores mais elevados corresponderão a um maior nível de Saúde Mental.

O Índice de Barthel avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). Segundo Mahoney & Barthel; Sequeira citado em (Apóstolo, 2012) as dez atividades são divididas por dez categorias, a higiene pessoal; o banho; a alimentação, o uso dos sanitários, subir escadas; vestir e despir; controle de micção; controle das defecções; deambulação; transferência de cadeira para a cama; subir e descer escadas.

A escala modificada de Barthel pode ser preenchida pela pessoa que a aplica através da observação direta, ou pela observação de registros clínicos ou ainda poderá ser preenchida pelo idoso em questão. Esta escala tem como objetivo avaliar se a pessoa é capaz de desempenhar as tarefas em questão de forma independente.

Em (2007) Sequeira citado em (Apóstolo, 2012) realizou uma nova versão do índice de Barthel realizando uma Interpretação de resultados diferente, da já existente, em que a pessoa só é totalmente independente se atingir 100 pontos, dos 99 a 76 pontos será considerada com uma dependência leve, dos 75 a 51 pontos será considerada com dependência, dos 50 a 26 pontos será considerada dependente, e dos 25 a 0 pontos terá uma dependência severa e com 25 e menos pontos terá dependência total.

Segundo Araújo et al. (2007) citado em (Apóstolo, 2012), o Índice de Barthel além de mostrar a pontuação total da independência da pessoa, também dá a possibilidade de perceber quais as incapacidades específicas da pessoa e desta forma adequar o tipo de intervenção necessária.

É possível verificar que a pontuação de cada categoria pode variar entre 0 e 15, no entanto, existem algumas especificidades. O valor mais baixo da categoria indica a Incapacidade de Realizar a Tarefa, posteriormente o valor seguinte mostra o Requerer Ajuda Substancial, seguidamente o Requerer Ajuda Moderada, perseguindo o Requerer Ajuda Mínima e finalizando com a Totalmente Independente.

Deste modo, a pontuação da Higiene Pessoal, Banho e Cadeiras de Rodas varia entre 0, 1, 3, 4, 5 pontos. Na categoria da Alimentação, Casa de Banho, Subir Escadas, Vestuário, Controle de Bexiga; Controle de Intestino a pontuação pode diversificar-se entre 0, 2, 5, 8, 10 pontos. Por fim, a categoria deambular e Transferência cama/cadeira pode oscilar entre 0, 3, 8, 10 15 pontos.

8.3 Procedimento

Antes de se aplicarem os instrumentos e as técnicas de recolhas de dados foi necessário prestar esclarecimentos sobre o propósito da investigação, para adquirir o consentimento informado da Administração do Lar Quinta São Sebastião, para que fosse possível realizar o trabalho de investigação.

Foi ainda necessário solicitar o consentimento informado às gerontes, para que fosse autorizada a utilização dos instrumentos de recolha de dados. Inicialmente foi solicitado às participantes que respondessem da forma mais sincera possível, garantindo o anonimato e a confidencialidade das respostas obtidas. Durante as entrevistas, de acordo com a exigência e com as características das pessoas em questão, foi sendo necessário motivá-las; afirmar que todas as respostas eram válidas e que não existem respostas certas ou erradas; assim como a reformulação das questões de modo a que fossem o mais perceptível para as participantes, esclarecendo sempre todas as dúvidas que foram surgindo.

Todos os instrumentos de recolha de dados (Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-Estar em Gerontes, Inventário de Saúde Mental e Escala modificada de Barthel) foram aplicados em três vezes, com um espaçamento de uma semana entre cada teste, uma vez que não se pretendia trastornar as utentes, visto poder desmotiva-las e desta forma comprometer o rigor e veracidade dos resultados. No entanto, também é sempre mais simples para o investigador, não só devido à dificuldade, como para a análise e absorção da informação.

Após a aplicação dos instrumentos às utentes, foi criado um guião de entrevista para realizar as entrevistas semiestruturadas ao administrador, diretora técnica, enfermeiro, psicóloga e administrador/diretor clínico/médico fisiatra. Estas entrevistas foram criadas para complementar a investigação realizadas através dos instrumentos aplicados anteriormente às utentes. Posteriormente à aplicação dos instrumentos e das técnicas de recolha de dados, procedeu-se à sua análise.

8.4 Técnica de Recolha de Dados

O objetivo da recolha de dados é sem dúvida, obter a maior diversidade de informação possível, conseguir adquirir várias perspetivas sobre o estudo em questão, para posteriormente efetivar o cruzamento de dados, podendo construir um pensamento

analítico, concluindo ao encontrar respostas para a problemática (Bell, 1993). No decorrer da investigação foram utilizadas várias técnicas de investigação, tais como: pesquisa documental, observação direta, conversas informais e entrevistas.

8.4.1 A pesquisa documental

Para começar a investigação optou-se por recolher o máximo de informação existente sobre a instituição, técnica que é exigida para a elaboração de projetos na área de Educação Social. Após a recolha de dados foi importante fazer uma seleção daqueles que poderiam ser úteis, analisando-os e interpretando-os de forma a construir a própria perspectiva sobre o Lar Quinta São Sebastião.

Tal como afirma Jonhson (citado em Bell, 1993), “a análise documental de ficheiros e registos (...) pode revelar-se uma fonte de dados extremamente importantes” (p. 90). No entanto, segundo Bell (1993), “o princípio que deve orientar a análise de documentos é o de que tudo deve ser posto em causa... Mas antes de proceder à análise documental tem de questionar rigorosamente os seus objectivos” (p. 96-97). Tendo em conta a perspectiva do autor é necessário antes de iniciar a pesquisa documental estabelecer quais são os objetivos desta investigação.

8.4.2 A observação

A observação é uma técnica que engloba a percepção visual, auditiva, tátil e olfativa (Alder e Alder citado em Flick, 2005). A realização do diagnóstico baseou-se na observação visual, isto é, observação direta que tem como particularidade a captação dos comportamentos, no momento em que estes acontecem, onde o investigador não necessita de documentos ou testemunhos para os comprovar, são factos observados (Quivy & Campenhoudt, 1995). Seguindo a mesma linha do pensamento Peretz (2000), sustenta que “a observação direta consiste em ser testemunha dos comportamentos sociais dos indivíduos ou grupos nos próprios locais das suas atividades ou residências sem lhes alterar o seu ritmo normal” (p. 24-26). Peretz (2000) acrescenta que a observação direta é uma técnica que necessita de atenção, memória, capacidade de sociabilidade e interpretação.

É possível dizer que por um lado é pertinente a realização da observação não participante, isto é, sem ter contacto muito intenso com as pessoas. A observação não participante funciona da seguinte forma segundo Merkens (citado em Flick, 2005), “o observador

procura não perturbar as pessoas no terreno, esforçando-se por se tornar o menos visível que puder.... O observador constrói para si próprio significados, que supõe dirigirem os atores da maneira como os percebe” (p. 140). Com esta técnica, foi possível perceber a predominância de sexo, as atividades das pessoas, relações sociais dentro da instituição, reproduzir ideias sobre o que foi observado.

Por outro lado, foi utilizada a técnica de observação participante que já implica a participação e interação com os idosos, isto, devido à necessidade de entrar em contacto com as pessoas para obter mais informações. Esta técnica é importante na medida em que permite confirmar alguns dos dados recolhidos anteriormente. Segundo Lacey citado em (Bell, 1993), a observação participante é “a transferência do indivíduo total para uma experiência imaginativa e emocional na qual o investigador aprendeu a viver e a compreender o novo mundo” (p. 141). Nesta sequência, desenvolve-se um determinado diálogo, pelo facto da observação participante não necessitar de nenhuma estrutura, é possível criar opiniões próprias sobre o que observámos. Bell (1993), menciona que para a observação “pode ser particularmente útil descobrir se as pessoas fazem o que dizem que fazer ou se se comportam da forma como afirmam comportar-se” (p. 141).

8.4.3 As conversas informais

Esta técnica foi utilizada com os técnicos e utentes da instituição para uma melhor compreensão das situações que não foram fáceis de detetar durante o decorrer do processo da observação direta e/ou da documentação recolhida. Por exemplo: a idade, o nível sociocultural e económico, a religião, as relações familiares/sociais e os saberes das utentes. De certa forma, as conversas informais são conversas banais que consistem segundo Bogdan & Biklen (1994), em “procurar um interesse ou um tópico em comum, uma oportunidade para se construir uma relação” (p. 135), isto é, uma técnica para quebrar o gelo. Segundo Costa (1986), as conversas informais são uma das técnicas mais adequadas “para a captação de acontecimentos, práticas e narrativas”, sendo “a técnica preferencial para a recolha de normas e classificações de status sociais de conhecimento geral no contexto social em estudo” (p. 140).

Torna-se notório que esta é uma técnica muito pertinente para o estudo em causa, uma vez que poderá dar informações que de outro modo, as pessoas em causa não teriam tanta facilidade em prestá-las.

8.4.4 As entrevistas

Segundo Quivy & Campenhoudt (1995), a entrevista tem como papel principal complementar as pesquisas anteriormente realizadas, a fim de detetar pormenores que o investigador não chegaria a detetar sozinho. Neste tipo de investigação as entrevistas devem ser essencialmente abertas e flexíveis.

Para a realização das entrevistas, optou-se pelas entrevistas semi-diretivas, aos técnicos, elaborando um guião de entrevista com perguntas semi-estruturadas com o objetivo de verificar e complementar os dados adquiridos anteriormente. Como Quivy & Campenhoudt (1995), destacam “ao longo da entrevista exploratória é importante que o entrevistado possa exprimir a própria realidade” (p. 75). Por outro lado, Pardal & Correia (2008), defendem que “a intervenção do entrevistador tem como finalidade encaminhar a comunicação para os objetivos da entrevista, sempre que o discurso se desvie das intenções da investigação” (p. 66).

Segundo Bogdan & Biklen (1994) o plano de investigação deve ser pensado como um processo que está em constante evolução, em que as perguntas a fazer e os dados a serem recolhidos veem com a investigação, porém existem momentos em que o investigador utiliza grelhas de entrevistas, numa tentativa de colher o discurso do entrevistado, para que depois possa analisar. As grelhas de entrevista permitem que as respostas sejam flexíveis permitindo obter respostas sobre dimensões que não estavam previstas no estudo. As entrevistas foram aplicadas ao administrador/ engenheiro civil, à diretora técnica/assistente social, ao enfermeiro, à psicóloga e ao médico/diretor clínico/administrador.

8.5 Participantes

Os participantes do projeto de investigação são idosas do sexo feminino, com mais de 65 anos, residentes na resposta social Unidade de Longa Duração e Manutenção da Quinta São Sebastião, na Vila do Algoz, do Concelho de Silves, Distrito de Faro, no Algarve.

Optou-se por quatro utentes, uma vez que as mulheres obtêm atualmente uma esperança média de vida mais longa que os homens, assim sendo tentou-se aprofundar o conhecimento sobre a amostra. A amostra deste estudo denomina-se por uma amostra não

probabilística por conveniência, ou seja, participaram apenas pessoas selecionadas intencionalmente e com os critérios desejados para o estudo.

A Quinta São Sebastião é uma empresa de prestação de serviços privados com fins lucrativos. Esta instituição pretende dar resposta às necessidades da população mais idosa da Região do Algarve, mais precisamente do concelho de Silves. Da Quinta São Sebastião fazem parte duas respostas sociais o Lar e a Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, RNCCI (Lar Quinta São Sebastião, s/d)⁴.

Segundo o (Lar Quinta São Sebastião, s/d)⁵, a Unidade de Longa Duração e Manutenção situa-se no Edifício Principal da Quinta São Sebastião, esta está dividida em três pisos, sendo que cada um dos pisos é constituído por dez quartos. Dos trinta quartos seis são individuais, dezoito são duplos e seis são triplos. Assim, a Unidade de Longa Duração e Manutenção possui capacidade para sessenta utentes.

Todos os quartos dispõem de um sistema de intercomunicação com a equipa de enfermagem e instalações sanitárias, equipadas com as adaptações imprescindíveis às necessidades dos utentes (Lar Quinta São Sebastião, s/d)⁶.

No piso -1 situa-se a sala de refeições vinculada à cozinha e à sala de convívio, no mesmo piso situa-se ainda a sala de enfermagem e o ginásio. No piso 0, além dos quartos situa-se a sala dos serviços administrativos, de direção, da equipa técnica e da direção técnica. No espaço exterior possui também uma piscina (Lar Quinta São Sebastião, s/d)⁷.

Segundo estatuto do Lar Quinta São Sebastião, a missão da ULDM traduz-se na “prestação de cuidados continuados, sociais e de saúde, de elevada qualidade, a pessoas que independentemente da idade se encontrem em situação de dependência temporária ou permanente, permitindo-lhes um rápido regresso ao ambiente familiar”. Desta forma, a ULDM tem como objetivo “contribuir, numa perspetiva integrada para um processo ativo

⁴ Acedida em 10 Janeiro de 2014. Disponível em <http://www.larquintasaosebastiao.com/PT.html>

⁵ Acedida em 10 Janeiro de 2014. Disponível em <http://www.larquintasaosebastiao.com/PT.html>

⁶ Acedida em 10 Janeiro de 2014. Disponível em <http://www.larquintasaosebastiao.com/PT.html>

⁷ Acedida em 10 Janeiro de 2014. Disponível em <http://www.larquintasaosebastiao.com/PT.html>

e continuo de recuperação e manutenção global dos utentes, prestando mais e melhores cuidados de saúde, em tempo útil, com humanidade e numa perspetiva de solidariedade social (Lar Quinta São Sebastião, s/d)⁸”.

O Lar Quinta São Sebastião (s/d)⁹ alcança a sua missão e objetivos através da “inovação, diferenciação e permanente atualização tecnológica” e formação contínua dos recursos humanos.

Tendo em conta o Organograma do Lar Quinta de São Sebastião (anexo IV, figura 9), num primeiro patamar está a Administração, seguindo-se com uma relação de hierarquia/suporte o conselho técnico, que estabelece apoio aos serviços administrativos e financeiros; à direção clínica; à direção técnica e às instalações e equipamentos.

Na direção clínica está o médico, que coordena o fisioterapeuta, o psicólogo e a coordenação de enfermagem. A coordenação de enfermagem tem a seu cargo a equipa de enfermagem que mantém uma relação de dependência funcional com as auxiliares de lar (anexo IV, figura 9).

A direção técnica tem a responsabilidade do controle da qualidade de cuidados da coordenação de enfermagem, assim como ser o apoio da nutricionista, terapeuta ocupacional e a animadora sociocultural, assim como da área de apoio, área social, área logística e da área pessoal. Da área de apoio faz parte as ajudantes de lar e as auxiliares de lar. A área logística é constituída pela cozinha e lavandaria (anexo IV, figura 9).

⁸ Acedida em 10 Janeiro de 2014. Disponível em <http://www.larquintasaosebastiao.com/PT.html>

⁹ Acedida em 10 Janeiro de 2014. Disponível em <http://www.larquintasaosebastiao.com/PT.html>

9 Apresentação e discussão de Resultados

Segundo Bogdan & Biklen (1994) a análise de dados é um processo que permite obter e organizar e sistematizar as transcrições de entrevistas e de outros materiais que foram usados para aumentar a compreensão dos materiais e permitir apresentar o resultado daquilo que se investiga.

Para realizar a análise das entrevistas semiestruturadas, recorreu-se à análise de conteúdo. Numa primeira fase realizou-se o estudo de cada uma das entrevistas, posteriormente, agruparam-se de forma a ser mais simples a análise e comparação de ambas. Para a análise dos dados, do Inventário de Saúde Mental, utilizou-se o programa Excel, de modo a obter os resultados totais de cada questionário e proceder à comparação de ambos os dados. Na análise dos resultados da Escala Modificada de Barthel também se utilizou o programa Excel.

Após a exposição dos resultados, serão analisados e discutidos, para se proceder à criação do Projeto de Intervenção.

9.1 A Instituição Lar Quinta São Sebastião

A partir das entrevistas semiestruturadas realizadas aos Administradores, Direção Técnica e Técnicos da Instituição, foi possível recolher informações sobre a instituição que de outra forma, não seria possível. Primeiramente, procurou-se perceber quais as motivações que levam a desempenhar funções no Lar Quinta São Sebastião. Em conformidade procurou-se estabelecer a correspondência com o estudo de Duarte, Lapa & Nunes (2013, p. 266) que investigou quais as perspetivas dos profissionais das Unidades de Longa Duração e Manutenção do Algarve, no sentido de compreender a sua “motivação e satisfação profissional, acesso ao emprego, relações significativas no trabalho, aspetos relevantes do desempenho, formação continua e futuro das unidades”.

9.1.1 Motivação

A primeira entrevista diz-nos que a sua motivação é devido ao facto de se tratar de “uma das únicas respostas privadas no Algarve (...), maior exigência, (...) ao cargo, (...) interdisciplinaridade, (...) equipa numerosa, (...) novidade, (...) ambição, trabalho com pessoas”. A (entrevista 3) também nos revela ser o facto de ser uma “experiência muito enriquecedora trabalhar na reabilitação ao longo de toda a vida (...) o gosto especialmente da forma como os técnicos são vistos pelos utentes (...) a maior motivação é mesmo verificar nos outros o reflexo do nosso trabalho”. Similarmente a (entrevista 5) afirma que a sua motivação passa por dar resposta às necessidades da população regional, gosto pelo trabalho com idosos.

De acordo com, Duarte, Lapa & Nunes (2013, p. 268-269) comprovam que passa pela “motivação para a área [...] satisfação com o desempenho, atividade gratificante, [...] relação de trabalho interpares, [...] contributo pessoal na relação profissional, [...] trabalho em equipa”.

A (entrevista 2) profere que a sua motivação é devido a ter “dinheiro disponível (...) trabalho fixo e continuar a trabalhar.” Em concordância com Duarte, Lapa & Nunes (2013), pronuncia que a motivação passa pelas expetativas positivas para o futuro das Unidades de Longa Duração e Manutenção, assim como a motivação para o trabalho na área.

A (entrevista 3) enuncia a motivação é ser a única opção e o gosto pela profissão Duarte, Lapa & Nunes (2013) revelam que “muitos [profissionais] enveredaram por esta ocupação por falta de outras opções” (p. 266) esclarecendo que trata-se da “motivação para a área [...] necessidade de trabalhar [...] falta de preparação académica, [...] falta de preparação face à oferta de trabalho”, (p. 269) os autores acrescentam ainda o facto de serem recém-licenciados, com pouca experiência profissional.

9.1.2 Recursos Físicos

A temática Recursos Físicos foram assinalados pela (entrevista 1) como devessem ser melhorados mais concretamente “os espaços e os equipamentos que os utentes usufruem” para que pudessem, “proporcionar um bem-estar adequado aos utentes”, com a (entrevista 1) fomos ainda informados que atualmente o Lar Quinta São Sebastião se encontra em expansão, uma vez que a Unidade de Longa Duração e Manutenção se encontra “com

quarenta e cinco camas que neste momento se encontra em fase de avaliação por parte da tutela para aumentarmos para (...) 55” camas. Pela (entrevista 2, 4 e 5) não foi pronunciada o assunto recursos físicos, respetivamente à (entrevista 3) foram retratados como insuficientes.

9.1.3 Recursos Humanos

Relativamente aos recursos humanos na (entrevista 2) compreendeu-se que “no lar e na unidade todos os profissionais se encontram de alguma forma afetos às duas respostas” sociais, com os dados recolhidos, através da (entrevista 1) foi dito:

“ (...) não há uma falha de recursos o difícil é muitas vezes encontrar o profissional (...) com o perfil adequado à imagem da instituição neste caso às características da população alvo (...) deparamos com profissionais que não tem se calhar a aptidão ou competência para trabalhar com esta população há N fatores e N competências que esse profissional não vai nem desenvolver nem atribuir ao trabalho que está a executar (...) o perfil do profissional de saúde numa unidade tem que ser distinta ou diferente de outro tipo de trabalho (...) de intervenção porque nós também acabamos por ser um pouco a família deles (...)” (entrevista 1).

A autora Zimmerman (2005) justifica esta situação com o facto de muitas vezes a família dos idosos, não é sempre quem desenvolve maiores laços com estes, seja por não terem família ou por viverem afastados. Por serem os colaboradores que estão mais presentes no seu dia-a-dia, desenvolvem maiores laços de amizade e confiança e chegam mesmo a conhece-los melhor que os seus familiares que por vezes os visitam poucas vezes.

Porém, os entrevistados foram questionados relativamente se existiriam recursos humanos em falta, constatando-se na (entrevista 1) que numa fase de expansão contrataria, “um animador e um assistente social e um psicólogo a tempo inteiro (...) e um fisioterapeuta (...) a tempo inteiro”, a (entrevista 3) afirma que “faziam falta mais enfermeiros e fisioterapeutas (...) só há uma animadora acho que é (...) pouco para tanto utente (...)”, a (entrevista 4) julga serem necessários mais enfermeiros, animadores, um educador social, um psicólogo a tempo inteiro, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, fisioterapeuta, fundamentando que já existem alguns destes técnicos, mas que não existem é em número suficiente. A (entrevista 2 e 5) refere que não sente a necessidade de contratar mais recursos humanos, contudo, na (entrevista 5) foi referido que a longo prazo pretendia contratar um psiquiatra e um psicogerontólogo.

Através das respostas comprova-se que existe bastante conformidade relativamente aos técnicos em falta, revelando-se que três entrevistados afirmam faltar um animador sociocultural e fisioterapeuta, ainda dois dos entrevistados concordam na carência de um psicólogo a tempo inteiro.

Relativamente aos recursos humanos a (entrevista 2), acrescenta-nos mais um parecer, em que são instituídas regras bem definidas aos colaboradores uma vez que nos foi dito:

“ (...) estabelecemos regras desde o início e estamos muito atentos às regras que nós especificamos e queremos que sejam cumpridas essencialmente coisas que nós consideramos que são vitais e não é só aí não temos o mínimo de folga relativamente ao que nós exigimos (...) aos nossos colaboradores”.

Através de (Vara, 2012, p.69), verifica-se que a maioria das instituições se depara com a “falta de quadros qualificados e de recursos humanos” em que existe a carência de pessoas para prestar cuidados individualizados, “em que a desculpa mais comum é a falta de tempo, ou de recursos económicos para novas contratações.” Outro facto passa pela má gestão de tempo que é comum a todos os recursos, no entanto é mais preocupante nos recursos mais qualificados uma vez que a mudança desta situação passa pelos mesmos, visto o benefício ser para os clientes. Seguindo a mesma linha o autor acrescenta que os quadros qualificados devem:

“desenvolver estratégias de cooperação e liderança de equipas, nomeadamente das auxiliares de ação direta, a quem muitas vezes é apontado o dedo de falta de profissionalismo e formação, mas que bem vistas as coisas, menos responsabilidade têm em todo este processo, e sem dúvida, são aquelas pessoas que mais trabalham dentro das instituições, ainda que muito poucas vezes sejam reconhecidas e homenageadas pelo trabalho que desenvolvem”.

9.1.4 Clima Institucional

Em concordância com (Vara, 2012) a (entrevista 3) constata que o clima institucional entre os recursos humanos é “péssimo (...) péssimo porque primeiro começa logo com um patrão que não cuida dos seus empregados (...) não os estima (...) a política da instituição devia mudar”, em consonância a (entrevista 4) testemunha a falta de formação da equipa auxiliar, o desconhecimento da importância da intervenção dos técnicos, a falta

de comunicação entre os técnicos, o preconceito dos profissionais de enfermagem e médicos em relação à troca de informação com os outros técnicos.

Ainda de acordo com (Vara, 2012) quando

“não existe liderança, não existe espírito de missão; não existem objetivos comuns, não existe uma missão comum, partilha e divulgação, não existe envolvimento de toda a estrutura. É fácil perceber que os resultados são instituições desarticuladas, nem sempre com bom ambiente de trabalho, pouco motivadas, e com elevados índices de stress laboral. Ora tudo isto se reflete no produto final, a qualidade de prestação de cuidados à pessoa idosa” (p.67).

A (entrevistas 1) qualifica o clima institucional com a existência de poucos conflitos, a (entrevista 3) assume que devido à quantidade de “gente é óbvio que haverá sempre conflitos” afirmando que os conflitos não alteram a qualidade da prestação de cuidados, já a (entrevista 5) afirma haver um bom clima institucional.

9.1.5 Objetivo da Instituição

Os entrevistados foram questionados sobre qual o objetivo da instituição. De acordo com a perspetiva da (entrevista 1) o “objetivo é promover a qualidade de vida dos utentes e a reinserção dos mesmo na comunidade sempre que possível e que não comprometa o bem-estar do utente”, segundo a opinião do (entrevista 2), o objetivo passa por dar continuidade a um projeto que “tenta cuidar das pessoas que estão a nosso cargo”. A (entrevista 3) revela que o “objetivo da instituição será manter (...) as faculdades de cada pessoa institucionalizada (...) ou (...) não deixar que elas se percam de alguma forma”. No parecer da (entrevista 4), o objetivo é “Promover uma maior qualidade de vida à pessoa” respondendo às necessidades de saúde dos utentes. Na opinião do (entrevistado 5) pretende-se “ter algum lucro para os sócios” e prestar tratamentos com qualidade.

Posto isto, revela-se alguma concordância não só entre os entrevistados, mas também com o definido na sua regulamentação, o objetivo da instituição é “contribuir, numa perspetiva integrada para um processo ativo e contínuo de recuperação e manutenção global dos utentes, prestando mais e melhores cuidados de saúde, em tempo útil, com humanidade e numa perspetiva de solidariedade social (Lar Quinta São Sebastião, s/d) ”.

9.1.6 Representação Social da Pessoa Idosa

Foi solicitado aos entrevistados que nos transmitissem a representação social que têm da pessoa idosa, mais concretamente, qual a imagem que têm de uma pessoa idosa. Assim sendo foi retratada pela (entrevista 1) como sendo uma pessoa com carência a nível das satisfações básicas devido à idade, que precisa de inclusão, suporte emocional. Pela (entrevista 2) foi descrita como uma pessoa com oitenta ou mais anos com carências a nível cognitivo e físico que precisa de ajuda. Na (entrevista 3) foi descrita com “ (...) uma pessoa normal, como qualquer uma só que tem é 65 anos ou mais que as outras.” A (entrevista 4) retrata como uma pessoa com alguma idade bastante avançada, que pode precisar de cuidados do estado físico e cognitivo ou não, uma vez que a população, é muito heterogenia, atualmente. “A pessoa idosa (...) é um equilíbrio entre a função física e psíquica e portanto a parte emocional” (entrevista 5).

9.1.7 Respostas Sociais

Para que fosse mais aprofundado o conhecimento da instituição, questionamos os entrevistados relativamente às respostas sociais. Concretamente em relação à resposta social de lar unicamente foi dito, por todos os entrevistados, que a diferença passa por ser uma resposta Privada, com especificações da Segurança Social, tendo sido acrescentado pela (entrevista 5) que possui alguns quartos individuais e que têm melhores condições físicas.

Em relação à caracterização da resposta social Unidade de Longa Duração a (entrevista 1) diz-nos ser uma resposta importante com lacunas e benefícios, apresentando como lacuna o facto de ser difícil inclusão na rede e benéfica para os utentes pelo facto de ser acessível independentemente da sua dependência, situação clínica e social das pessoas, torna-se ainda benéfica uma vez que os utentes beneficiam de equipas multidisciplinares de todas as áreas desde a intervenção básica à satisfação das necessidades básicas. A (entrevista 2) afirma que existem sempre coisas a mudar nas organizações e o que acontece é os idosos trazerem a documentação onde está traçado o seu perfil, e a partir daí são preparadas para a sua alta a nível físico e cognitivo em conjunto com a sua família. A (entrevista 3) crê que o “acesso é mais facilitado às pessoas que revelam maior necessidade”, a (entrevista 4) acrescenta que nesta resposta social o estado de saúde das pessoas está mais agravado.

A (entrevista 5) mais uma vez declara que esta resposta é semelhante à resposta social de lar, clarifica-nos no sentido em que a diferença é apenas burocrática, administrativa, com os mesmos benefícios.

9.1.8 Dinâmicas sociais

Foi pedido aos entrevistados que caracterizassem as dinâmicas sociais quanto às tipologias das atividades foi-nos revelado pela (entrevista 1) que são feitas atividades de orientação, lazer e jogos de estimulação de acordo com a dependência das pessoas referindo:

“ (...) atividades de orientação, atividades de lazer, atividades de estimulação que depois são trabalhadas de diversas maneiras pelo animador, trabalhamos também maioritariamente com grupos de acordo com a dependência independência (...) ”.

Com a (entrevista 2) concluímos que são feitas atividades de estimulação para a vida em comunidade na Unidade de Longa Duração e Manutenção, visto que a equipa tenta que as pessoas “estejam com o máximo de capacidades para a idade”, sugerindo:

“(...) estimular (...) para a vida para uma comunidade para onde eles entraram essencialmente (...) atividade (Animadora Sociocultural) a atividade da (Assistente Social) atividade das ajudantes (...) a atividade do enfermeiro a atividade do médico é a atividade dessa gente (...).”

De acordo com, a (entrevista 3) relativamente às dinâmicas sociais “ (...) a animadora é que dá resposta a essa parte (...) através dos “trabalhos manuais, passeios, convívio social entre eles”. A (entrevista 4) transmite-nos que as atividades realizadas são de Animação sociocultural através de dinâmicas de estimulação cognitiva e saídas aos exterior, os técnicos de fisioterapia e terapia ocupacional desenvolvem sessões individuais e sessões de grupo. Em concordância a (entrevista 5) somente acrescenta que a animadora sociocultural faz atividades lúdicas individuais e em grupo e a psicóloga faz tratamentos individuais e em grupo, salientando que a terapia ocupacional faz atividades uteis para as pessoas e para a sociedade, relacionadas com as atividades que as pessoas faziam anteriormente.

Veiga- Branco (2012, p.51) defende que a “gerontologia é uma área multi e interdisciplinar de intervenção [...] uma conduta no sentido da neuroplasticidade e da

autoeficácia”, no sentido em que se torna necessário o trabalho em rede criando sinergias que beneficiam os idosos, que não tem como objetivo a aprendizagem de novas matérias, “mas sim, serem eles mesmos, os conteúdos das suas aprendizagens de SI.” Neste âmbito, quem deve intervir com os idosos serão todos os profissionais desde enfermeiros, psicólogos, médicos, educadores sociais, entre outros, no entanto, estes profissionais nesse momento deve agarrar o papel do “animador”, como agente de ação educativa.

Os entrevistados fizeram ainda a caracterização das atividades, a (entrevista 1) qualifica como atividades de grupo e individuais de lazer e manutenção das capacidades dos utentes, a (entrevista 2) caracteriza como atividades motivadoras para a sua realização, que desenvolvem a estimulação cognitiva, criam objetivos e “apego à vida”, por sua vez a (entrevista 3) diz promoverem o convívio social, a (entrevista 4) caracteriza as dinâmicas com objetivos específicos, “pouco estabelecidas, precisam de se implementar melhor”, a (entrevista 5) refere que as atividades são boas, mas podem melhorar.

Relativamente à apreciação das dinâmicas, são descritas pela (entrevista 1), como positivas e atualmente têm sido benéficas, suficientes; capacitando e atribuindo mais competências a nível físico e mental, com eficácia; sublinhando que os idosos participam dentro das suas limitações. Com a (entrevista 2) foi possível entender que na sua opinião as dinâmicas são positivas; abrangem muitos utentes, uma vez que os idosos encontram-se motivados e a desenvolver algumas aptidões, no ponto de vista da (entrevista 3) “acha que são suficientes e eficazes”. A (entrevista 4) caracteriza as atividades como “suficientes” e com pouca eficácia; a participação dos idosos é descrita com um início reticentes, mas depois quando não há sentem-se com a ausência, a (entrevista 5) faz uma boa apreciação das dinâmicas realizadas, mas afirma que podem melhorar, sendo suficientes e com períodos de eficácia; a participação dos idosos é dependente da sua situação clínica.

9.1.9 Inclusão Social e Saúde Mental dos Gerontes

No que diz respeito à investigação em concreto procurou-se perceber o que os entrevistados pensam relativamente às atividades e se estas procuram Promover a Inclusão Social e a Saúde Mental dos gerontes e se é possível fazê-lo através da Educação Social.

Os entrevistados foram questionados sobre o impacto das atividades realizadas na Promoção da Inclusão Social. A (entrevista 1) deu-nos o seu parecer dizendo que é difícil promover a inclusão na comunidade, mas que a inclusão no grupo é promovida através das atividades. A perspectiva que a (entrevista 2) nos dá é diferente, no sentido, que admite que as atividades realizadas Promovem a Inclusão Social, de forma positiva visto que dão a hipótese de desenvolver aptidões motoras, cognitivas e de comunicação, uma vez que nos disse:

“Como é óbvio assim que eles tenham capacidades intrínsecas, desenvolverem um bocadinho (...) das suas possibilidades (...) não só motoras como cognitivas como de comunicação estamos nesse caminho e é isso que nos interessa.”

A visão que a (entrevista 3 e 5) nos dá revela que são desenvolvidas atividades que promovem a inclusão social. A (entrevista 4) contrapõe dizendo que “é uma coisa que é difícil (...) mas não existe uma grande integração na sociedade” o que condiciona a inclusão.

Sobre o impacto das atividades realizadas na Promoção da Saúde Mental, a (entrevista 1) revela-nos que “em parte sim”, com as atividades de orientação e estimulação, a (entrevista 2) contrapõe qualificando como positivo dizendo que tem a certeza que as atividades realizadas promovem a saúde mental, tal como a (entrevista 3). A (entrevista 4) declara que sim, mas podiam melhorar, já a (entrevista 5) revela que a nível clínico está controlado.

Tendo em conta estas respostas ousámos questionar os entrevistados relativamente a sugestões de atividades que promovam a Inclusão Social mas estas não foram apresentadas pelas (entrevistas 1 e 3). Já a (entrevista 2) dá-nos como sugestão o convívio com outras instituições e a estimulação sensorial através da música; a (entrevista 4) sugere-nos como atividades a criação de um clube do teatro, clube do avô, ir comprar revistas e beber chá no exterior. A (entrevista 5) refere como sugestão a prestação de apoio pelas entidades responsáveis da saúde local.

Questionamos ainda os entrevistados sobre sugestões para promover a Saúde Mental, mas estas não foram apresentadas pela (entrevistas 1); a (entrevista 2) sugere passeios para promover a interação entre eles e o meio ambiente. A (entrevista 3) sugere exclusivamente “manter as atividades de convívio entre eles e o contacto com a sociedade

mas isso é feito de alguma forma”. A (entrevista 4) justifica que ao promover a inclusão social estamos a promover a saúde mental, a (entrevista 5) por sua vez sugere saídas ao exterior, interação com as famílias e/ou cuidadores em grupo, trabalhos de grupo na instituição e no exterior.

9.1.10 Promoção da Inclusão Social e Saúde Mental através da Educação Social

Uma vez que o nosso objetivo passa por compreender como promover a Inclusão Social e a Saúde Mental dos gerentes através da Educação Social. Os entrevistados foram questionados sobre a importância da Educação Social para Promover a Saúde Mental, tenho em conta a opinião retratada, na (entrevista 1), a Educação Social poderá dar um contributo na Saúde Mental, mas noutra tipologia que não na Unidade de Longa Duração e Manutenção. Respetivamente à (entrevista 2), declara:

“Não digo Educação isso é um apoio porque uma pessoa com aquela idade já não é educada se tem essas características já metidas dentro porque isso não é educação é apoio e que apoio é que nós podemos dar para que eles não em termos das aptidões que tinham elas não esmoreçam é essencialmente é isso e se nós conseguirmos que eles se mantenham num patamar”.

Afirmando que Educação Social auxilia, no sentido, em que mantêm as aptidões. Veiga-Branco (2012, p.50) contrapõe dizendo que a “educação deve estar presente na vida que se vive. Cada momento é o momento de vida até que a vida se extinga”.

Os (entrevistado 3, 4 e 5) asseguram que a Educação Social Promove a Saúde Mental, a (entrevista 4) menciona

“Sem dúvida alguma o facto de termos uma pessoa a trabalhar nesta área, isso quereria dizer que iríamos ter pessoas a trabalhar em projetos que visam uma maior inclusão, que visam uma maior promoção da saúde mental e ao nível social destes utentes e aí íamos ter um acompanhamento mais individualizado e mais específico”.

Deste modo, a (entrevista 4) concorda que a Educação Social ao Promover a Inclusão Social estará a Promover a Saúde Mental das pessoas.

Por fim, os entrevistados foram questionados sobre a importância da Educação Social para a Promoção da Inclusão Social, neste âmbito a (entrevista 1) mostra que em situações pontuais a Educação Social poderá existir. No parecer da segunda entrevista como é possível verificar

“não é a educação social no meu entendimento não é esse apoio que como é evidente quando nós apoiamos isso estamos de facto a garantir que certas potencialidades que eles tem não esmoreçam e como têm essas possibilidades todas as outras potencialidades podem ser utilizadas uma delas é pura e simplesmente a inclusão social é pura e simplesmente o contacto com os outros é a inclusão eles só pode ter inclusão se ter atrás um patamar cognitivo que permita chegar lá se ele não tiver não é inclusão social possível podemos fazer o que quisermos que ele, pura e simplesmente não à hipótese no meu entendimento”.

Tal como a segunda, a terceira entrevista afirma que a Educação Social beneficia de um apoio na promoção das potencialidades cognitivas que levam à inclusão social, através das suas técnicas, estimulando as aptidões dos utentes.

A (entrevista 4 e 5) afirma que a Educação Social tem um papel fundamental para Promover a Inclusão Social.

Lemieux (2000) citado em (Veiga-Branco, 2012, p. 53) defende:

“ [...] a questão da educação antecede a referência ao envelhecimento e aos sujeitos envelhecidos, pois a (...) ciência (...), está mais preocupada com o ensino e a aprendizagem que com o facto de que os educandos sejam pessoas idosas. Deve permitir a combinação de distintas especialidades, como a psicologia, a filosofia, a antropologia, a história, a sociologia e a economia, (...) e ajudar no momento em que for necessário decidir sobre o quê, o como e para quê da educação às pessoas idosas”.

O idoso é uma pessoa que possui uma história pessoal única, com todos os conhecimentos adquiridos ao longo da vida. Esta história pessoal é agora aproveitada e inseridas em dinâmicas de grupo, para que a pessoa idosa possa falar e reanalisar as suas potencialidades. Desta forma, pretende-se organizar mudanças culturais nas representações sociais que se tem sobre a velhice, a nível das várias gerações.

9.2 Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-Estar em Gerontes

Para realizar a recolha dos dados, realizaram-se as entrevistas semiestruturadas, através de todas as respostas dadas, procedeu-se à respetiva Análise de Conteúdo (Anexo IX). Num primeiro momento, realizou-se uma análise individual, de cada uma das utentes.

Através da Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-Estar em Gerontes concluiu-se que a utente 1 (Anexo IX), na dimensão Estado de Consciência, sub-dimensão orientação, revela orientação espacial e temporal. A sub-dimensão nível pré-mórbido apresenta coerência nas respostas às questões. Na sub-dimensão da atitude do geronte face à sua situação, revela sentir-se com pouca força; identifica o local onde está e sabe quando chegou ao mesmo; identifica o nome do médico e do entrevistador; afirma não se descontrolar com facilidade; diz não conseguir realizar bem o seu trabalho habitual; tem dificuldades específicas em mexer os braços e suportar o seu peso nas pernas; admite ter uma relação instável com a família.

Na dimensão das principais queixas, relativamente à sub-dimensão das queixas subjetivas e espontâneas a utente admite sentir tristeza, mas refere que não sente que alguma coisa está mal com ela mesma, localiza as suas queixas no corpo todo que dói. Quase sempre sente ansiedade, devido a promessas de que irá a casa e por vezes não dorme muito bem. Por vezes sente demasiada fome, mas não sente sede. Cuida da sua imagem pessoal, toma banho todos os dias. Não sente alterações no seu comportamento sexual.

Na sub-dimensão queixas generalizadas declara que são raras as vezes que tem dores de cabeça e sabe localiza-las, refere que são as suas únicas queixas. Sente alguma perda de visão, mas estes episódios já acontecem há alguns anos; a dificuldade de audição acontece há já alguns anos também; queixa-se ainda da falta de força, da pouca capacidade de iniciativa, sentindo-se mais cansada que o habitual. Não sente dificuldades de memória, porém esquece-se do que “lê se as letras forem pequenas”, não se esquece do que aconteceu ontem, nem do que acontece há uma hora; às vezes custa-lhe, sim, encontrar as palavras corretas e tem dificuldade em escrever por ter pouca força na mão, contudo, não se esquece do que se propõe fazer.

Na sub-dimensão queixas sobre os sintomas específicos episódicos, a utente 1, declara não ter vindo a desmaiar, nem nunca lhe pareceu ver coisas ou que os objetos que estivesse a olhar mudassem de tamanho ou forma; nunca sentiu estar a ouvir coisas, contudo já ouviu vozes de pessoas, mas não as vê; por vezes as músicas transformam-se em ruídos; tem vindo a perceber sabores e odores especiais; não tem percebido sensações no seu corpo.

Na sub-dimensão queixas sobre sintomas constantes e de evolução progressiva sente que os seus sintomas visuais, auditivos e motores pioraram.

Na sub-dimensão queixas sobre transtornos nas funções complexas, garante não ter dificuldade em orientar-se; no entanto, revela ter problemas a vestir-se e a despir-se; a ler ou escrever. Não observou mudanças na compreensão daquilo que as pessoas lhes dizem, nem é com esforço que segue o que lhe é dito nas conversações; contudo, não lhe é difícil falar espontaneamente, mas acontece por vezes gaguejar para articular as palavras; não detém problemas em pronunciar; nem tem problemas de cálculo.

A utente 1, na dimensão apoio social, relativamente à sub-dimensão redes de suporte informal- vizinhos e familiares, expõe que não se sente bem no sítio onde vive, referindo, que antes vivia noutro local. Atualmente, vive com os outros utentes, assegura que mantém uma boa relação com eles, encontrando-se satisfeita com as relações de vizinhança.

Na sub-dimensão isolamento social, declara que nunca está sozinha; que pode sempre desabafar/partilhar os seus problemas/ recorrer numa situação de emergência à filha, costuma receber visitas da mesma, do marido, filho, comadre e genro quase todas as semanas.

Na sub-dimensão relação de amizade afirma que os melhores amigos são o marido, os filhos e as netas; garante que gosta de estar com os colegas de quarto, família e toda gente.

A dimensão atividade, mais precisamente a sub-dimensão atividades preferidas/ prazenteiras, a idosa diz que o que gosta de fazer é ler, escrever, cozinhar, coser e fazer croché. Ocupa os seus tempos livres a fazer ginástica, jogar Bingo e escrever. O que lhe

dá mais prazer fazer no seu dia-a-dia é ler, escrever, falar com os seus colegas e com as pessoas que trabalham na instituição.

Respetivamente à dimensão saúde mental, na sub-dimensão avaliação da saúde e do bem-estar, a nível geral admite sentir um vazio na alma, sentir-se triste por estar doente e fechada. Na sub-dimensão promoção da saúde mental, pensa que o que pode fazer para promover a sua saúde mental é “não pensar naquilo que não pode melhorar e ir para casa”.

Na dimensão envelhecimento, mais concretamente na sub-dimensão envelhecimento bem-sucedido, a idosa revela que o envelhecimento bem-sucedido na sua opinião é as pessoas não saírem de casa delas e estarem acompanhadas pela sua família. Referindo ainda que o que é necessário para ter um envelhecimento bem-sucedido é estar em casa, com alguém que lhe faça companhia, como por exemplo uma filha.

Com a aplicação da Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-Estar em Gerontes, concluiu-se que na dimensão, estado de consciência, sub-dimensão orientação, a utente 2 (Anexo IX), revela orientação espacial; a nível temporal, não recorda a sua idade, a data da comemoração do Dia do Trabalhador e a data do Dia da Implementação da República. Na sub-dimensão, nível pré-mórbido a idosa respondeu às questões, com coerência, enquanto na sub-dimensão, atitude do geronte face à sua situação, releva sentir-se bem; consegue identificar o local onde está e sabe quando chegou ao mesmo. A idosa não identifica o nome do médico; porém identifica o entrevistador. Afirma descontrola-se com facilidade por vezes; e utente assegura realizar bem o seu trabalho, nas atividades atuais; não obtendo dificuldades específicas; comprova ainda que obtém uma relação estável com a família.

No âmbito da dimensão principais queixas, mais precisamente na sub-dimensão queixas subjetivas e espontâneas a senhora garante sentir-se bem; revelando que não sente que alguma coisa está mal com ela mesma; as suas queixas localizam-se nas pernas, onde sente umas picadas nas pernas; não sente ansiedade e dorme bem. A utente revela sentir demasiada fome e sede; cuida sua imagem pessoal; e toma banho todos os dias; a nível sexual não sente alterações no seu comportamento.

A sub-dimensão queixas generalizadas, a utente 2 revela que às vezes tem dores de cabeça e sabe localiza-las, queixa-se ainda dos diabetes; admite não ter tido perdas de visão; nem dificuldades de audição; contudo queixa-se ainda de uma dor nas costelas. Diz ter capacidade de iniciativa; não sentir-se mais cansada que o habitual; porém por vezes sente dificuldades de memória, constatando que esquece-se do que aprendeu. A idosa diz esquecer-se do que lê e às vezes do que aconteceu ontem, mas não se esquece do que ocorreu à uma hora. Declara não lhe custar encontrar as palavras corretas, nem ter dificuldades em escrever; também afirma não se esquecer do que se propõe fazer.

De acordo com a sub-dimensão, queixas sobre sintomas específicos episódicos, a idosa constata que não tem desmaiado; nunca lhe pareceu ver coisas; nem lhe pareceu que os objetos que está a olhar estão a mudar de tamanho ou forma. Nunca sentiu estar a ouvir coisas; nem que a música se transforma em ruído; nega perceber sabores e odores especiais; e sensações no seu corpo.

Na sub-dimensão queixas sobre sintomas constantes e de evolução progressiva, a idosa sente que os sintomas visuais e motores pioraram.

As queixas sobre transtornos nas funções complexas transmitem que não tem dificuldade em orientar-se; tem problemas em vestir e despir as calças. Não apresenta problemas a ler ou escrever; a idosa observou mudanças na compreensão daquilo que as pessoas lhe dizem, uma vez que às vezes é com esforço que segue o que lhe é dito nas conversações; e é-lhe difícil falar espontaneamente, às vezes gagueja, tem problemas em articular e pronunciar as palavras. Não tem problemas de cálculo.

Na dimensão apoio social, mais concretamente na sub-dimensão redes de suporte informal – vizinhos e familiares, a idosa revela sentir-se bem no sítio onde vive e revela o local onde vivia anteriormente. Tem consciência que atualmente vive com os outros utentes e afirma manter uma boa relação com os mesmos; encontrando-se satisfeitas com a mesma.

Através da sub-dimensão isolamento social a utente transmite que nunca está sozinha; que tem o marido como seu confidente, com quem pode sempre desabafar/partilhar os seus problemas numa situação de emergência. Costuma receber visitas do marido, filhas, netos, duas vezes por semana. Na sub-dimensão relações de amizade os seus melhores

amigos são: um colega, as funcionárias e a animadora sociocultural. Relativamente a com quem gosta de estar a utente, prefere o marido e os netos.

Na dimensão atividade, mais precisamente na sub-dimensão atividades preferidas/prazenteiras a utente revela que o gosta de fazer são todas as atividades que faz na instituição como são exemplo: fazer bolsas, desenhos, ginástica e passear na carrinha. A idosa ocupa os seus tempos livres com a fazer ginástica, lanches no exterior e com todas as atividades da instituição; admite que o que lhe dá mais prazer fazer no seu dia-a-dia é escrever e fazer bolos.

A dimensão saúde mental, através da sub-dimensão avaliação da saúde e do bem-estar revela que a utente se sente bem, em termos de bem-estar geral. A sub-dimensão promoção da saúde mental revela que na opinião da utente o que pode fazer para promover a sua saúde mental são: “fazer exercícios ao cérebro, fazer bolos e escrever”.

A dimensão envelhecimento, mais concretamente a sub-dimensão de envelhecimento bem-sucedido, mostra que na opinião da idosa o que se pode fazer para promover o envelhecimento bem-sucedido é tratar bem as pessoas, “dar-lhes comida, banho e vesti-las”. O que julga que é preciso para se ter um envelhecimento bem-sucedido é “tratar bem as pessoas, serem educados e terem mais saúde”.

Foi aplicada também à utente 3 (Anexo IX), a Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-Estar em Gerontes, de acordo com a dimensão estado de consciência, na sub-dimensão orientação revela orientação espacial e temporal mas não consegue lembrar-se do que fez no dia atual e no dia anterior. A idosa recorda as datas de todas as efemérides com exceção do Dia da Implantação da República, porém não recorda o local onde reside, nem a data do seu casamento. Através da sub-dimensão nível pré-mórbido a utente respondeu a todas as questões com coerência.

De acordo com a sub-dimensão atitude do geronte face à sua situação, a idosa afirma sentir-se “mais ou menos”. A utente 3 consegue identificar a freguesia a que pertence o local onde reside; mas não identifica o nome do médico; contudo, identifica o entrevistador. A idosa revela descontrolar-se com facilidade; no entanto, realiza bem o seu trabalho nas atividades atuais; salienta que realiza bem o seu trabalho nas atividades

atuais; apesar de ter dificuldades específicas em andar. A utente refere obter uma boa relação familiar.

Na área dimensão principais queixas, mais concretamente, na sub-dimensão queixas subjetivas e espontâneas, a idosa apresenta dores na perna e afirma que isso a descontrola. Não sente que alguma coisa está mal com ela mesma, mas queixa-se da cabeça e da perna; não sente ansiedade, porém por vezes não dorme muito bem. A utente declara não sentir demasiada fome, mas por vezes sente demasiada sede. Cuida da sua imagem pessoal; toma banho todos os dias; em relação ao seu comportamento sexual não se recorda se ocorreram mudanças.

Na sub-dimensão queixas generalizadas, afirma que tem dores de cabeça e sabe localizá-las, acrescenta que são as suas únicas queixas; refere alguma perda de visão, já há alguns anos; não tem dificuldades de audição; nem qualquer outra queixa. Diz ter capacidade de iniciativa; contudo transmite sentir-se mais cansada que o habitual; e por vezes sente dificuldade de memória, uma vez que se esquece do lugar das coisas; do que lê, do que aconteceu ontem mas não do que aconteceu à uma hora, custa-lhe encontrar as palavras corretas e tem dificuldades em escrever; esquece-se ainda das coisas que se propõe fazer.

A sub-dimensão queixas sobre os sintomas específicos episódicos divulgam que a idosa desmaia algumas vezes, mas não se lembra de sensações ou experiências relacionadas; diz ainda que não se recorda se já alguma vez lhe pareceu estar a ouvir coisas; por vezes parece-lhe que os objetos para os quais está a olhar estão a mudar de tamanho e forma. Acrescente-se ainda que a utente às vezes acontece-lhe sentir estar a ouvir coisas e por vezes também as músicas se transformam em ruídos; percecione sabores especiais, mas não tem olfato; tem vindo a percecionar sensações no seu corpo, sente somente as mãos mais pequenas e comichão.

Com a sub-dimensão queixas sobre sintomas constantes e de evolução progressiva verificou-se que a idosa sente que os seus sintomas motores pioraram.

As queixas sobre os transtornos nas funções complexas, esta sub-dimensão verificou que a utente tem dificuldade em orientar-se no espaço; tem problemas a vestir-se e despir-se. Não apresenta problemas em ler ou escrever; observou mudanças na compreensão daquilo que as pessoas lhes dizem, referindo que às vezes é com esforço que segue o que

lhe é dito nas conversas; admitindo que é difícil falar espontaneamente e que às vezes gagueja para articular as palavras, mas não tem problemas de pronúncia; nem de cálculo.

Em conformidade com a dimensão apoio social, a sub-dimensão redes de suporte informal-vizinhos e familiares, revela que a utente sente-se bem no sítio onde vive, mas que anteriormente vivia noutro local; atualmente vive com os outros utentes; mantendo uma boa relação com os colegas; sentindo-se obrigada a estar satisfeita com as relações de vizinhança.

A sub-dimensão isolamento revela que a idosa nunca está sozinha; mas que não tem ninguém que sinta que pode desabafar/partilhar os seus problemas/ recorrer numa situação de emergência; acrescenta-se ainda que não recorda se costuma receber visitas. Na sub-dimensão relações de amizade admite que a animadora sociocultural é a sua melhor amiga; e que é com ela que gosta de estar.

De acordo com a dimensão atividade, mais concretamente com a sub-dimensão atividades preferidas/prazenteiras diz que o que gosta de fazer é passar a ferro, comer, ler um livro, lavar a roupa e cozinhar; não se recorda como ocupa os seus tempos livres; e também não recorda o que lhe dá mais prazer fazer no seu dia-a-dia.

A saúde mental como dimensão avalia a saúde e bem-estar, na sua sub-dimensão, verifica-se que em termos de bem-estar geral, a idosa sente-se bem, mas com dores na perna. A sub-dimensão promoção da saúde mental revela que na opinião da idosa, o que pode fazer para promover a sua saúde mental é ler um bocadinho.

A dimensão envelhecimento, mais concretamente a sub-dimensão envelhecimento bem-sucedido, na sua opinião este é sinónimo de estar bem; uma vez que o que acha que é preciso para se ter um envelhecimento-sucedido é falar bem com os amigos.

Através da aplicação da entrevista semi-estruturada sobre saúde mental e bem-estar em gerentes, foi possível certificar que a utente 4 (Anexo IX), na dimensão estado de consciência, concretamente na sub-dimensão orientação não revela orientação espacial nem temporal, somente recorda o nome, idade, local onde nasceu e estado civil. Com o nível pré-mórbido, como sub-dimensão a idosa respondeu às questões, com coerência. A sub-dimensão atitude do gerente face à sua situação revela que a idosa sente-se um

bocadinho cansada; não identificando o local onde está de forma correta; nem o nome do médico; contudo identifica o entrevistador. Revela descontrolar-se com facilidade; porém, realiza bem o seu trabalho, nas atividades atuais; não apresenta dificuldades específicas; e obtém uma relação estável com a família.

Em concordância com a dimensão das principais queixas e com a sub-dimensão queixas subjetivas e espontâneas a idosa exhibe sentimentos de cansaço; porém não sente que alguma coisa está mal com ela mesma, sente cansaço no coração e gostava de saber ler e escrever e dizer bem as coisas. Por vezes sente ansiedade, mas dorme bem; não sente demasiada fome, mas às vezes sente demasiada sede. Cuida da sua imagem pessoal; toma banho todos os dias; não sente alterações no seu corpo de âmbito sexual.

Na sub-dimensão queixas generalizadas, a idosa revela que são raras as vezes que tem dores de cabeça e sabe localizá-las, sendo estas as únicas queixas; declara alguma perda de visão, que existe já há alguns anos; não tem dificuldades de audição; nem qualquer outra queixa. Admite ter pouca capacidade de iniciativa; sente-se mais cansada que o habitual; e que por vezes sente dificuldades a nível da memória, esquece-se do lugar das coisas; às vezes esquece-se do que aconteceu ontem e do que aconteceu à uma hora, custa-lhe encontrar as palavras corretas; esquece-se das coisas que se propõe fazer.

As queixas sobre os sintomas específicos episódicos, como sub-dimensão revelam que a utente 4 não tem desmaiado; nunca lhe pareceu ver coisas; nem nunca os objetos que está a olhar estão a mudar de tamanho ou forma; nunca sentiu estar a ouvir coisas; contudo, por vezes as músicas transformam-se em ruídos. A idosa tem vindo a perceber sabores e odores especiais; mas não tem vindo a perceber sensações no seu corpo.

A sub-dimensão queixas sobre sintomas constates e de evolução progressiva, a utente sente que os seus sintomas visuais, auditivos e motores pioraram. As queixas, sobre transtornos, nas funções complexas, nesta sub-dimensão, a idosa assume ter dificuldades em orientar-se, no espaço; não tem problemas em vestir-se ou despir-se; atualmente observa mudanças na compreensão daquilo que as pessoas lhe dizem e às vezes é com esforço que segue o que lhe é dito nas conversas; contudo não lhe é difícil falar espontaneamente, acontece por vezes gaguejar para articular as palavras e pronuncia-las. Às vezes tem problemas de cálculo, devido a não ter andado na escola.

A dimensão apoio social da qual faz parte a sub-dimensão redes de suporte informal- vizinhos e familiares revela que a idosa sente-se bem no sítio onde vive, mas anteriormente não vivia aqui. Atualmente diz viver na escola, com as professoras; estabelecendo uma boa relação com os colegas; mostrando-se satisfeita com as relações.

Da dimensão apoio social ainda faz parte a dimensão isolamento social, em que se verifica que idosa nunca está sozinha; tem como confidente a sua sobrinha; recebe com alguma frequência a visita de amigos e sobrinhos. Na sub-dimensão relações de amizade a idosa justifica que os seus melhores amigos são as sobrinhas e o sobrinho; acrescentando-se que é com a família, conhecidos e quase toda gente que gosta de estar.

Na dimensão atividade, da qual faz parte a sub-dimensão atividades preferidas/ prazenteiras registam que a utente gosta de fazer “tudo o que vem a mão” como por exemplo, cozinhar e todas as atividades; com as quais ocupa os seus tempos livres. O que lhe dá mais prazer fazer no seu dia-a-dia é renda e bolos acompanhada.

A dimensão saúde mental, que inclui a sub-dimensão avaliação da saúde e do bem-estar diz-nos que em termos de bem-estar geral sente-se bem. A sub-dimensão promoção da saúde mental é vista como algo que pode ser promovido através da realização de coisas que se gosta e que sejam feitas com gosto.

A dimensão envelhecimento, mais concretamente, a sub-dimensão envelhecimento bem-sucedido, é entendida pela idosa por ser a pessoa fazer as coisas com gosto. Na sua opinião o que se pode fazer para ter um envelhecimento bem-sucedido, é “ver as coisas que se gosta e fazer o que se gosta”.

Após a realização da análise individual de cada uma das entrevistas das utentes, verificou-se que obtinham resultados/aspetos em comum e deste modo, realizou-se alguma comparação entre as respostas das utentes (Anexo IX).

Num primeiro momento através da dimensão Estado de Consciência, mais especificamente, na sub-dimensão orientação, verifica-se que somente, a utente 1 não apresenta nenhum défice na orientação. Uma vez que a utente 2 revela alguns constrangimentos relativos à orientação temporal e as utentes 3 e 4 a nível da orientação temporal e espacial.

A nível da sub-dimensão nível pré-mórbido todas as utentes responderam às questões com coerência.

Na sub-dimensão atitude do geronte face à sua situação, apenas a utente 2 admite sentir-se bem, enquanto a utente 1 sente-se com pouca força, a utente 3 mais ou menos e por fim a utente 4 sente-se um pouco cansada. Ainda na mesma sub-dimensão conclui-se que apenas as utentes 1 e 2, identificam o local onde estão e sabem quando chegaram ao mesmo. Já a utente 3 só consegue identificar a freguesia e a utente 4 não identifica de forma correta. O nome do médico é identificado unicamente pela utente 1, enquanto, o entrevistador é identificado por todas as utentes.

De acordo com os dados recolhidos, torna-se notório que a utente 3 e 4, descontrolam-se com facilidade, a utente 2 por vezes, e a utente 1 não se descontrola com facilidade.

As utentes 2, 3 e 4 constataam que realizam bem o seu trabalho nas atividades atuais, uma vez que a utente 2 e 4 não tem dificuldades específicas, a utente 3 tem dificuldades específicas em andar e a utente 1 não realiza bem o seu trabalho por ter dificuldades específicas em mexer os braços e suportar o peso do seu corpo nas pernas.

A nível de relacionamentos familiares a utente 1 não considera ter uma relação estável com a família, a utente 3 não tem relação familiar, enquanto as utentes 2 e 4, consideram ter uma relação estável.

A dimensão, principais queixas, da qual faz parte a sub-dimensão queixas subjetivas e espontâneas, revelam que a utente 1 se sente triste, mas não sente que alguma coisa está mal com ela mesma, localizando as suas queixas no corpo todo que dói. A utente 2 sente-se bem, não sente que alguma coisa está mal com ela mesma, no entanto, localiza as suas queixas nas pernas, onde sente picadas. A utente 3 sente dores na perna e isso descontrola-a, porém não sente que alguma coisa está mal com ela mesma, contudo queixa-se da cabeça e da perna. A utente 4 sente cansaço, mas também, não sente que alguma coisa está mal com ela mesma, esta sente “cansaço no coração” e gostava de saber ler e escrever e dizer bem as coisas.

De acordo com esta análise realizada, conclui-se que apesar de todos os problemas de saúde, as idosas não sentem que alguma coisa está mal com elas mesmas.

Ainda no âmbito das queixas subjetivas e espontâneas, verificou-se que tanto a utente 2 como a utente 4 sentem ansiedade, enquanto, as utentes 2 e 3 não sentem ansiedade. Em relação ao sono as utentes 1 e 3 admitem que por vezes não dormem bem, já as utentes 2 e 4 dizem dormir bem.

A utente 1 sente demasiada fome, mas não sede, a utente 2 sente demasiada fome e sede, ao passo que as utentes 3 e 4 não sentem demasiada fome, mas às vezes sentem demasiada sede.

Todas as utentes alegam cuidar da sua imagem pessoal, assim como, tomar banho todos os dias. As utentes 1, 2 e 4 não sentem alterações no seu comportamento sexual, ao passo que a utente 3 não se recorda.

Na sub-dimensão queixas generalizadas todas as utentes referem ter dores de cabeça e saber localiza-las. As utentes 1, 3, 4 revelam alguma perda de visão, já há alguns anos, já a utente 2 não tem tido perdas de visão. Sobre a dificuldade audição somente a utente 1, a sente já há alguns anos.

No que respeita à capacidade de iniciativa as utentes 1 e 4 dizem ter pouca, as utentes 2 e 3 revelam ter capacidade de iniciativa, as utentes 1, 3 e 4 sentem-se mais cansadas que o habitual, enquanto a utente 2 não revela esse sentimento.

Maioritariamente as utentes 2, 3, 4 afirmam sentir dificuldades de memória, contrariamente à utente 1.

Na sub-dimensão queixas sobre transtornos nas funções complexas, verificou-se que as utentes 1 e 2 não tem dificuldades em orientar-se, ao passo que a utente 3 e 4 admitem sentir dificuldade em orientar-se no espaço. As utentes 1, 2, 3 revelam dificuldades em vestir-se e despir-se, unicamente a utente 4 diz não revelar dificuldades em vestir-se ou despir-se.

De acordo com (Azeredo & Teles, 2013, p. 77) “À medida que envelhecemos, podemos notar algumas alterações que apontam para algum declínio, como esquecimentos de tarefas quotidianas ou necessidade de demorar mais tempo para aprender conteúdos novos. Estas poderão ser situações comuns que fazem parte do envelhecimento normal”.

A dimensão apoio social, da qual faz parte a sub-dimensão redes de suporte informal- vizinhos e familiares desvendam que a utente 1 não se sente bem no sítio onde vive, já as restantes utentes admitem sentir-se bem no sítio onde vivem. As utentes mostram que mantêm uma boa relação com os colegas e que se encontram satisfeitas, com os mesmos.

Através das entrevistas realizadas às utentes é possível verificar que as idosas nem sempre compreendem e aceitam o facto de estarem institucionalizadas, o que leva a querer que o papel do técnico passa por, explicar e fazer com que perceba que, ainda que não queira, a decisão não passa só por elas e que é melhor estar na instituição, do que ficar na sua casa onde já não é aceite e não obtém os cuidados necessários e que a família pode sempre que queira e possa estar presente (Zimerman, 2005).

A sub-dimensão isolamento social retrata que as idosas nunca estão sozinhas, porém, torna-se necessário compreender melhor, que apesar dessa situação, a utente 1 tem como confidente a filha, a utente 2 o marido, mas por sua vez a utente 3 não tem com quem desabafar e a utente 4 tem a sobrinha para desabafar. De acordo com as visitas verifica-se que a utente 1 recebe visitas do marido, filho, filha, comadre e genro, quase todas as semanas, a utente 2 recebe visitas do marido, filhas, netos e netas duas vezes por semana, a utente 3 não se recorda se recebe visitas, enquanto a utente 4 costuma receber visitas de amigos e sobrinhos com alguma frequência.

As relações de amizade como sub-dimensão declaram que os melhores amigos da utente 1 são o marido, os filhos e as netas, a utente 2 afirma que os seus melhores amigos são um colega, as funcionárias e a animadora sociocultural, a utente 3 manifesta que a sua melhor amiga é a animadora sociocultural. A utente 4 diz que os seus melhores amigos são as sobrinhas e o sobrinho.

Para Araújo e Melo (2013, p. 141)

“Em muitos aspetos, as nossas relações são âncoras que estruturamos as nossas prioridades, e uma convivência harmoniosa com os outros faz-nos sentir seguros, apoiados e compreendidos, contribuindo para a definição da nossa identidade, pois aquilo que pensamos de nós contribui para a imagem que vamos construindo de nós próprios”.

Estes autores afirmam ainda que as pessoas que tem amigos na terceira idade são mais felizes e saudáveis e que é com os amigos que vão confiar os sentimentos e pensamentos

e que são os melhores a compreender as mudanças que se fazem sentir na fase do envelhecimento.

Na resposta à pergunta com quem gosta de estar, a utente 1 diz gostar de estar com as colegas de quarto, família e com toda gente, a utente 2 declara gostar de estar com os netos e o marido, a utente 3 afirma gostar de estar com a animadora sociocultural, enquanto a utente 4 admite gostar de estar com quase toda a gente, com família e conhecidos.

É possível verificar que as utentes 2 e 3 demonstram uma maior afetividade para com os colaboradores. A autora Zimmerman (2005) justifica esta situação com o facto de

“Na prática, a família de muitos velhos não é sempre aquela que tem laços de consanguinidade. Seja por não terem parentes, por viverem afastados ou ainda por serem rejeitados pela família, certos velhos desenvolvem verdadeiros laços familiares com vizinhos, amigos e empregados (...) são os cuidadores e outras pessoas fisicamente mais próximas, com quem acabam desenvolvendo fortes laços de amizade e confiança (...) por estarem próximas na vida quotidiana, podem acabar conhecendo melhor o velho, os seus gostos e necessidades do que familiares que os visitam esporadicamente (p.91).”

A dimensão atividade, mais precisamente as atividades preferidas/prazenteiras, como sub-dimensão, mostram que a utente 1 gosta de ler, escrever, cozinhar, coser e fazer croché. A utente 2 gosta de todas as atividades que realiza na instituição como são exemplo, as bolsas, desenhar, ginástica, passear na carrinha. A utente 3 gosta de passar a ferro, comer, ler um livro, lavar roupa e cozinhar. A utente 4 afirma gostar de fazer tudo o que vem à mão, cozinhar e atividades. Porém, é necessário verificar como é que a utente 1 ocupa os seus tempos livres a fazer ginástica, jogar Bingo e escrever. A utente 2 ocupa os seus tempos livres a fazer ginástica, “lanchar na rua” e a participar em todas as atividades promovidas pela instituição. A utente 3 não recorda como ocupa os seus tempos livres, a utente 4 ocupa os seus tempos livres com todas as atividades.

O que dá mais prazer fazer no dia-a-dia à utente 1 é ler, escrever, falar com os colegas e com as pessoas que trabalham na instituição, à utente 2 é escrever e fazer bolos, a utente 3 não se recorda, a utente 4 dá-lhe mais prazer no seu dia-a-dia, fazer renda e bolos acompanhada.

Atividades preferidas/prazenteiras			
O que gosta de fazer?			
Ler, escrever, cozinhar, coser, fazer croché (U1)	Todas as atividades que faço aqui, bolsas, desenhar, ginástica, passear na carrinha (U2)	Passar a ferro, comer, ler um livro, lavar a roupa, cozinhar (U3)	Tudo o que vem à mão, cozinhar, atividades (U4)
Como ocupa os seus tempos livres?			
Fazer ginástica, jogar Bingo, escrever (U1)	Na ginástica, lanchar na rua, com as atividades todas (U2)	Não se lembra (U3)	Com as atividades (U4)
O que é que lhe dá mais prazer fazer no seu dia-a-dia?			
Ler, escrever, falar com os colegas e com as pessoas que trabalham aqui (U1)	“Fazer exercícios ao cérebro, escreve, fazer bolos” (U2)	Não se lembra (U3)	Renda e bolos acompanhada (U4)

Tabela 1 Apresentação dos Resultados da Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-estar em gerentes- Atividades Preferidas/ Prazenteiras

Araújo e Melo (2013, p.156) justificam que com

“A participação em atividades de lazer e de recreação permite a distração e, se desenvolvidas em grupo, promove a convivência e o aumento de relações (...) melhora a (...) autoestima e, ao adquirir novas aprendizagens, aumenta o crescimento pessoal e sente-se mais participativo e integrado na sociedade. Podem ser escolhidas actividades (...) consoante os interesses pessoais de cada um, como, por exemplo, físico, intelectual, cultural, manual e artístico”.

A dimensão saúde mental na sub-dimensão avaliação da saúde e do bem-estar, esclarece que a utente 1 sente um vazio na alma, triste, por estar doente e fechada; as utentes 2 e 4 explicam sentir-se bem, a utente 3 diz sentir-se bem, mas com dores na perna. A sub-dimensão promoção da saúde mental, mostra o que as utentes acham que podem fazer para promover a sua saúde mental, na opinião da utente 1 deve não pensar naquilo que não pode melhorar de forma nenhuma e ir para casa, a utente 2 considera que para preservar a sua saúde mental deve fazer “exercícios ao cérebro”, fazer bolos e escrever, a utente 3 defende a leitura e por fim a utente 4 pensa que fazer as coisas que gosta de fazer e fazer com gosto irão promover a sua saúde mental.

Avaliação da Saúde e do Bem-estar			
Em termos de bem-estar geral, como se sente?			
Sinto um vazio na alma, triste por estar doente e fechada (U1)	Sinto-me bem (U2)	Bem, mas com dores na perna (U3)	Bem (U4)
Promoção da Saúde Mental			
O que acha que pode fazer para promover a sua saúde mental?			
Não pensar naquilo que não posso melhorar de forma nenhuma e ir para casa (U1)	Exercícios ao cérebro, fazer bolos e escrever (U2)	Ler um bocadinho (U3)	Fazer as coisas que gosta de fazer e fazer com gosto (U4)

Tabela 2 Apresentação dos Resultados da Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-estar em gerontes- Avaliação da Saúde e do Bem-estar; Promoção da Saúde Mental

Posteriormente, na dimensão envelhecimento, especificamente na sub-dimensão envelhecimento bem-sucedido, na perspetiva da utente 1 o envelhecimento bem-sucedido implica que as pessoas não precisem de sair de sua casa e sejam acompanhadas pela sua família, na opinião da utente 2 é tratar bem as pessoas, dar-lhes de comer, dar-lhes banho e vesti-las, segundo a utente 3 é estar bem, a utente 4 considera que o envelhecimento bem-sucedido bem passa pela pessoa fazer as coisas “com gosto”. Desta forma, tentou-se perceber melhor o que as utentes consideravam ser necessário para se ter um envelhecimento bem-sucedido, neste sentido a utente 1 sustenta que é necessário estar em casa, com alguém que lhe faça companhia como por exemplo uma filha, a utente 2 transmite que é preciso tratar bem as pessoas, serem “educados e terem mais saúde”, a utente 3 defende ser fundamental falar bem com os amigos, já na opinião da utente 4 é ver as coisas que se gosta e fazer o que se gosta.

O que é um envelhecimento bem-sucedido?			
São pessoas que não saem de casa delas e que estão acompanhadas pela sua família (U1)	É tratar bem as pessoas, dar-lhe comer, dar-lhes banho e vesti-las (U2)	É estar bem (U3)	É uma pessoa fazer as coisas com gosto (U4)
O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem-sucedido?			
Estar em casa, com alguém que lhe faça companhia como por exemplo uma filha (U1)	É tratar bem as pessoas, serem educados e terem mais saúde (U2)	É falar bem com os amigos (U3)	Ver as coisas que se gosta e fazer o que se gosta (U4)

Tabela 3 Apresentação dos Resultados da Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem-estar em gerontes- Envelhecimento

Para realizar uma investigação sobre temáticas como a promoção de saúde mental e envelhecimento bem-sucedido em gerontes, tona-se importante também saber qual a opinião que estes tem sobre estes temas.

9.3 Inventário de Saúde Mental

Através da aplicação do Inventário de Saúde Mental, teve-se como objetivo a avaliação da Saúde Mental dos idosos participantes. Esta avaliação é baseada em cinco escalas, caracterizadas por: afeto positivo, laços emocionais, perda de controlo emocional/comportamental, ansiedade, depressão. Sendo que estas escalas estão divididas em duas dimensões o bem-estar positivo e distress. O bem-estar positivo é o somatório da pontuação da escala do afeto positivo e dos laços emocionais, enquanto, o distress é o somatório da escala controlo emocional/comportamental, ansiedade e depressão. Nos gráficos irão ser apresentados os resultados individuais de cada um dos entrevistados/participantes.

Com a (Figura 5) verifica-se que a utente 1, relativamente à dimensão primária a nível do afeto positivo apresenta 73 pontos, os laços emocionais mostram 87 pontos, a perda de

controlo emocional /comportamental 84 pontos, a ansiedade apontam para 94 pontos e a depressão para 91 pontos. Em relação às dimensões bem-estar positivo obteve 76 pontos, o distress alcançou 89 pontos. O total do resultado é 86 pontos. Através destes dados é possível afirmar que a idosa, não apresenta qualquer sintomatologia.

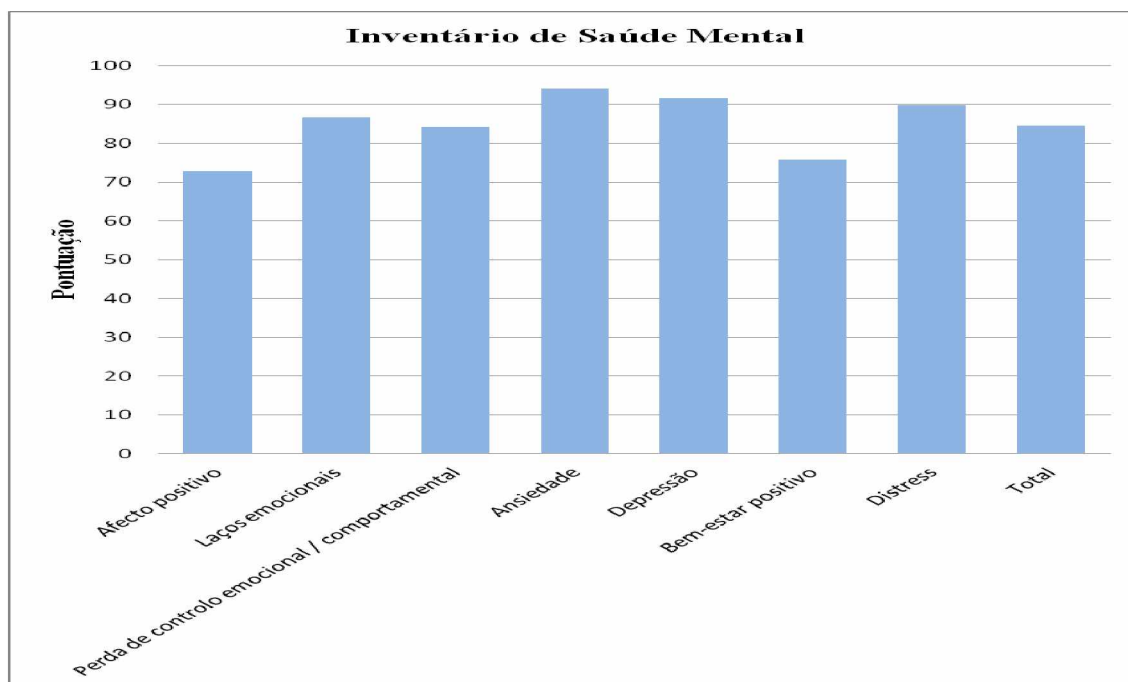


Figura 5 Apresentação dos resultados das Dimensões e Dimensões Primárias dos dados recolhidos da Utente 1

Através da representação gráfica (Figura 6) é possível visualizar que a utente 2, relativamente à dimensão primária a nível do afeto positivo apresenta 95 pontos, os laços emocionais mostram 100 pontos, a perda de controlo emocional /comportamental 95 pontos, a ansiedade apontam para 94 pontos e a depressão para 100 pontos. Em relação às dimensões bem-estar positivo obteve 96 pontos, o distress alcançou 96 pontos. O total do resultado é 96 pontos. Através destes dados é possível afirmar que a utente, não apresenta qualquer sintomatologia.

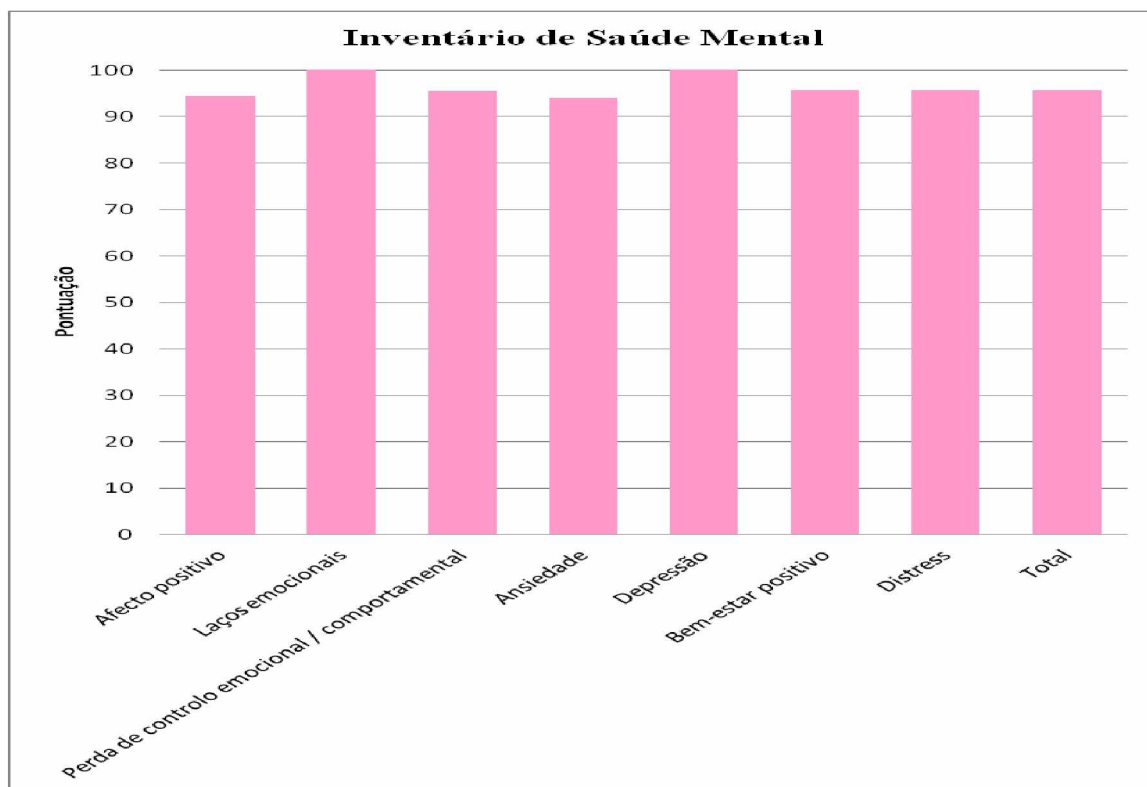


Figura 6 Apresentação dos resultados das Dimensões e Dimensões Primárias dos dados recolhidos da Utente 2

Perante a (figura 7) é visível que a utente 3, relativamente à dimensão primária a nível do afeto positivo apresenta 69 pontos, os laços emocionais mostram 93 pontos, a perda de controlo emocional /comportamental 61 pontos, a ansiedade apontam para 56 pontos e a depressão para 42 pontos. Em relação às dimensões bem-estar positivo obteve 74 pontos, o distress alcançou 55 pontos. O total do resultado é 62 pontos. Através destes dados é possível afirmar que a utente, apresenta resultados totais próximos de sintomas moderados, apresentando valores indicativos de depressão.

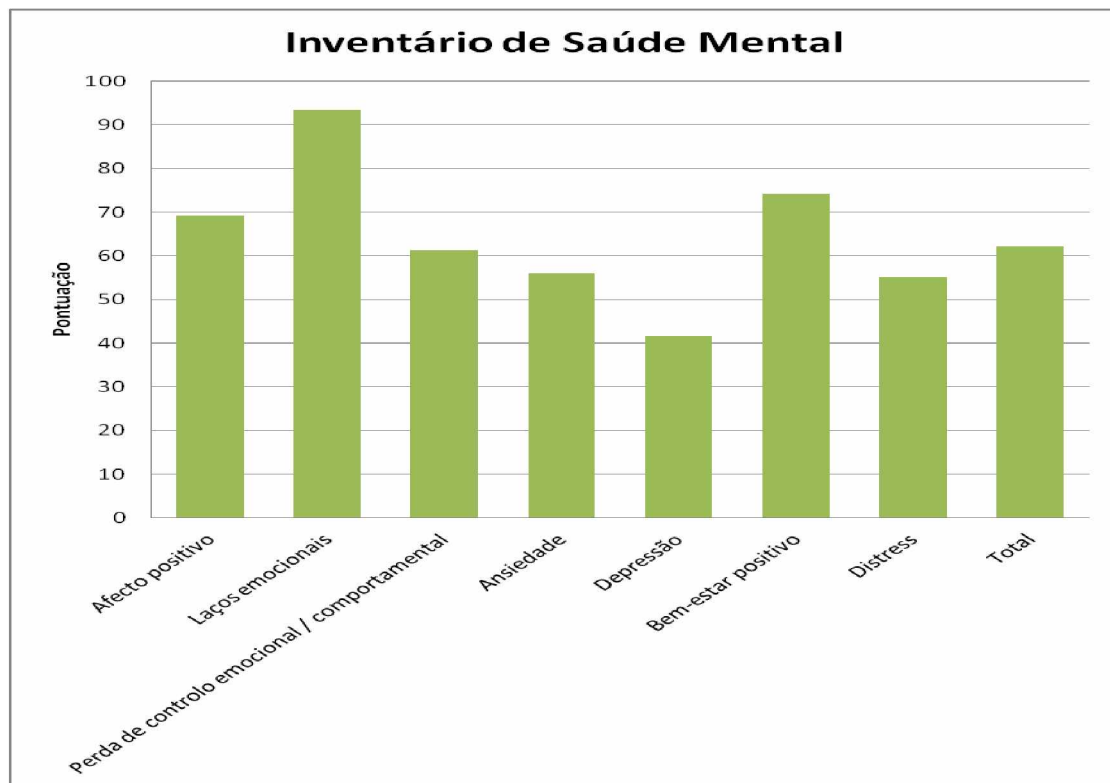


Figura 7 Apresentação dos resultados das Dimensões e Dimensões Primárias dos dados recolhidos da Utente 3

Diante da (Figura 8) confirmou-se que a utente 4, dimensão primária a nível do afeto positivo apresenta 24 pontos, os laços emocionais mostram 20 pontos, a perda de controlo emocional /comportamental 48 pontos, a ansiedade apontam para 58 pontos e a depressão para 63 pontos. Em relação às dimensões bem-estar positivo obteve 23 pontos, o distress alcançou 55 pontos, o total do resultado é 43 pontos. Com estes dados é possível afirmar que a utente, apresenta resultados totais de sintomas graves, apresentando valores indicativos de carência de afeto positivo, laços emocionais o que resulta na baixa pontuação a nível do bem-estar positivo. Porém, também um dos fatores que contribuem para o distress, a perda de controlo emocional/ comportamental apresenta um valor baixo.

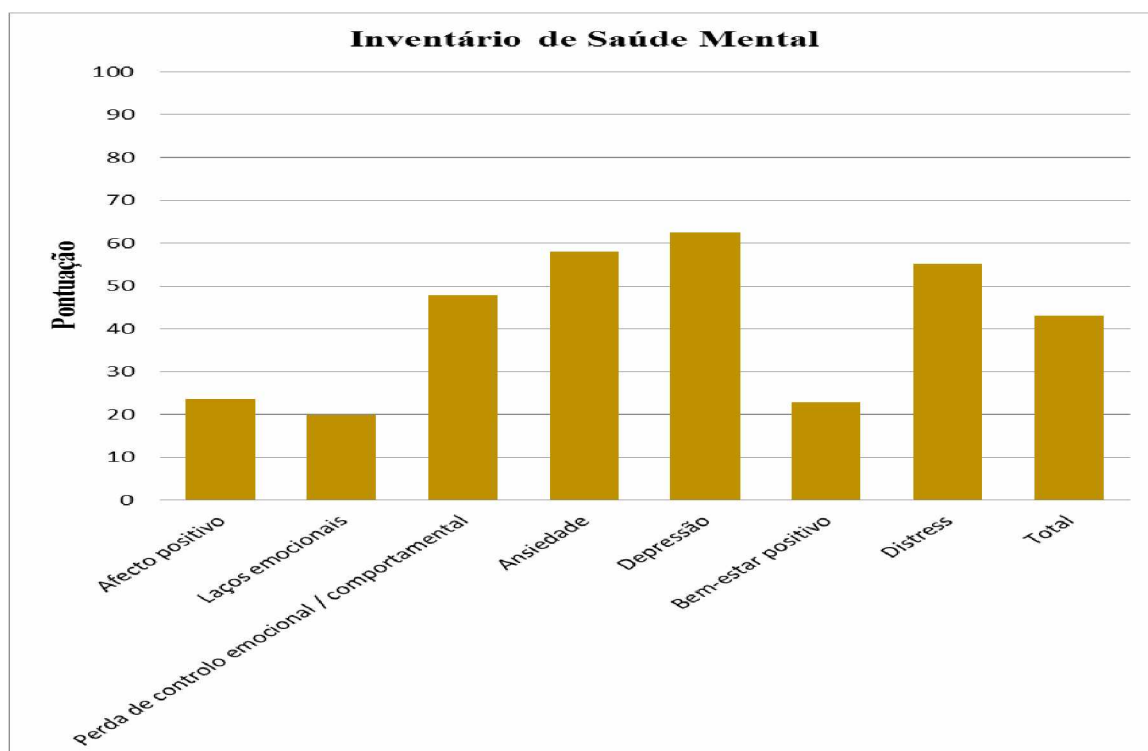


Figura 8 Apresentação dos resultados das Dimensões e Dimensões Primárias dos dados recolhidos da Utente 4

9.4 Escala Modificada de Barthel

Com a aplicação da Escala Modificada de Barthel, tivemos como objetivo, a avaliação do nível de independência das utentes para a realização de dez Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). As dez atividades são divididas por dez categorias: a higiene pessoal; o banho; a alimentação, o uso dos sanitários, subir escadas; vestir e despir; controle de micção; controle das defecções; deambulação ou utilização da cadeira de rodas; transferência de cadeira para a cama.

Na (tabela 4) irão ser apresentados os resultados individuais de cada uma das utentes/participantes, onde ainda estará presente a pontuação de todas as idosas para que seja possível a comparação de resultados.

Categorias	Pontuação (E1)	Pontuação (E2)	Pontuação (E3)	Pontuação (E4)
1. Higiene Pessoal	0	1	1	4
2. Banho	0	3	1	3
3. Alimentação	3	10	10	10
4. Casa de banho	0	5	5	5
5. Subir escadas	0	0	0	2
6. Vestuário	0	8	5	5
7. Controle da Bexiga	5	0	5	5
8. Controle do Intestino	5	0	8	8
9. Deambulação				3
9.Ou cadeira de rodas	0	4	3	
10. Transferência cadeira/cama	0	8	8	12
Total	13	39	51	58

Tabela 4 Apresentação dos resultados da Escala Modificada de Barthel

A utente 1, relativamente à categoria higiene pessoal apresenta 0 pontos, o banho mostra 0 pontos, a alimentação 3 pontos, o uso dos sanitários aponta para 0 pontos, subir escadas 0 pontos; vestir e despir 8 pontos; controle de micção 0 pontos; controle das defecções 0 pontos; a deambulação não se aplica uma vez que a idosa utiliza a cadeira de rodas, no entanto obtém 0 pontos; na transferência de cadeira para a cama atinge 0 pontos. Através destes dados é possível afirmar que a idosa, apresenta uma pontuação total de 13 pontos indicando para uma dependência total afetada com menos de 25 pontos.

A utente 2, relativamente à categoria higiene pessoal mostra 1 ponto, o banho apresenta 3 pontos, a alimentação 10 pontos, o uso dos sanitários indica para 5 pontos, subir escadas 0 pontos; vestir e despir 8 pontos; controle de micção 0 pontos; controle das defecções 0 pontos; a deambulação não se aplica uma vez que a idosa utiliza a cadeira de rodas, porém obtém 4 pontos; na transferência de cadeira para a cama atinge 8 pontos. Com estes dados é possível afirmar que a utente, apresenta uma pontuação total de 39 pontos apontando para uma dependência severa situada entre os 26 e 50 pontos.

A utente 3, relativamente à categoria higiene pessoal exhibe 1 ponto, o banho mostra 1 ponto, a alimentação 10 pontos, o uso dos sanitários aponta para 10 pontos, subir escadas 0 pontos; vestir e despir 5 pontos; controle de micção 5 pontos; controle das defecções 8 pontos; a deambulação não se aplica uma vez que a idosa utiliza a cadeira de rodas, no entanto alcança 3 pontos; na transferência de cadeira para a cama atinge 8 pontos. Através destes dados é possível afirmar que a utente, mostra uma pontuação total de 51 pontos apontando para uma dependência entre os 51 e 75 pontos.

A utente 4, relativamente à categoria higiene pessoal apresenta 4 pontos, o banho 3 pontos, a alimentação 10 pontos, o uso dos sanitários aponta para 5 pontos, subir escadas 2 pontos; vestir e despir 5 pontos; controle de micção 5 pontos; controle das defecções 8 pontos; a deambulação obtém 3 pontos; na transferência de cadeira para a cama atinge 12 pontos. Através destes dados é possível afirmar que a idosa, apresenta uma pontuação total de 58 pontos apontando para uma dependência entre os 51 e 75 pontos.

9.5 Destaques para a intervenção em Psicogerontologia Comunitária

Em forma de síntese, é possível verificar que através dos dados recolhidos das idosas que participaram na investigação carecem de um projeto de intervenção. Esta conclusão torna-se notória devido às técnicas de recolha de dados e à aplicação dos instrumentos utilizados com as utentes.

No Inventário de Saúde Mental as utentes 1 e 2 não apresentam qualquer sintomatologia, no entanto, a utente 3 apresenta valores indicativos de sintomatologia moderada, apresentando valores indicativos de depressão.

Com estes dados é possível concluir que a utente 3 precisa de um acompanhamento mais personalizado, uma vez que apresenta valores indicativos de depressão. As restantes utentes apesar de não obterem resultados de qualquer sintomatologia, beneficiariam de ser acompanhadas por um Educador Social, que realize com estas, atividades que continuem a promover a sua saúde mental, contudo, seria ainda mais benéfico que fosse alguém com conhecimentos não só em Educação Social como também em Psicogerontologia Comunitária uma vez que não iria ter só conhecimentos específicos em Educação Social como também em gerontologia.

A Escala Modificada de Barthel revela-nos valores muito baixos uma vez que numa pontuação máxima de 100 pontos em que a pessoa é considerada totalmente independente, as utentes em questão estiveram com uma pontuação entre os 13 pontos e os 58 pontos. A utente 1 apresenta uma pontuação total de 13 pontos indicando para uma dependência total afetada com menos de 25 pontos. A utente 2 apresenta uma pontuação total de 39 pontos apontando para uma dependência severa afetando entre os 26 e 50 pontos. A utente 3, mostra uma pontuação total de 51 pontos apontando para uma dependência entre os 51 e 75 pontos. A utente 4 indica uma pontuação total de 58 pontos apontando para uma dependência entre os 51 e 75 pontos.

Com estas pontuações é possível verificar que as utentes precisam de um maior acompanhamento, no sentido de fomentar o aumento da sua independência, ou mais concretamente, que diminuísse a sua dependência. É possível através da Educação Social realizar atividades que aumentem a independência na realização da higiene pessoal, no banho, na alimentação, vestir e despir. Porém, é necessário que se compreenda que, quanto maiores são os conhecimentos, melhor se torna a execução do trabalho, neste sentido, pretendia-se que fosse alguém com conhecimentos mais específicos sobre a área da gerontologia, como alguém (Mestre em Psicogerontologia Comunitária).

Quando se trabalha com adultos também é fulcral ter em conta os gostos, opiniões a perspetiva de todos os participantes.

De acordo com o Diário da República, 1.º série – N.º87-5 de Maio de 2011, os Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, Portaria n.º 183/2011 de 5 de Maio.

“A saúde mental constitui uma das prioridades das políticas sociais e de saúde do XVII Governo Constitucional, cujo programa inclui a criação de novas respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental, em articulação com a segurança social, em função dos diferentes níveis de autonomia das pessoas com doença mental grave.

O Decreto-Lei n.º8/2010, de 28 de janeiro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º22/2011, de 10 de Fevereiro, veio definir as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, para pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontre em situação de dependência, independentemente da idade.

Estas unidades e equipas são implementadas progressivamente, através de experiências piloto, em articulação com os serviços locais de saúde mental e com a rede nacional de cuidados continuados integrados (...)”.

Através desta referência o projeto começa a ganhar sentido, uma vez que torna-se visível a preocupação com a saúde mental, não só pela Rede Nacional de Cuidados Continuados, como pelo Ministério das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Neste sentido, cresce uma enorme necessidade de realizar algo que comprove esta necessidade.

Segundo Zimerman (2005) o indivíduo devido à sua natureza é um ser sociável, vive em interação durante toda a sua vida com outros indivíduos. Este está inserido em vários grupos, como é o exemplo o grupo da família, amigos, escola e trabalho. Assim, a pessoa idosa ao longo da sua vida passou por todos estes grupos, no entanto passa por ela criar condições internas e a necessidade de se associar a um grupo com o qual se identifique.

Esta necessidade é descrita por Freud citado em Zimerman (2005) com:

“um grupo de porcos-espinhos apinhou-se apertadamente em certo dia de frio de inverno, de maneira a aproveitarem o calor uns dos outros, e assim salvaram-se da morte por congelamento. Logo, porém, sentiram os espinho uns dos outros, coisa que os levou a se separarem novamente. Dessa maneira, foram impulsionados, para trás e para a frente, de um problema para outro, até descobrirem uma distância intermediária, na qual podiam mais toleravelmente coexistir (p.74) ”.

W. Bion citado em Zimerman (2005), refere que, em todos os momentos de socialização ou de trabalho de grupo existe sempre duas situações: a primeira em que o trabalho é realizado de forma positiva e consciente; a segunda situação implica passar por conflitos

inconscientes em todos os grupos. Os conflitos podem ser apresentados através de comportamentos de ciúme, pânico, pudor, rivalidade entre outros. Estes comportamentos podem revelar-se no decorrer da atividade de grupo e perturbar o seu bom desempenho. A interação baseia-se numa troca de dar e receber, o que leva a uma constante mudança, que pode prejudicar a pessoa e o grupo em questão.

Parte III - Proposta do Projeto de Intervenção

10. Proposta do Projeto de Intervenção

O projeto denominado por “Estamos Juntos no Caminho para a Inclusão” pretende promover a Inclusão Social das Idosas da Unidade de Longa Duração e Manutenção – Lar Quinta São Sebastião. Este projeto pretende dar resposta às carências detetadas, ao longo da investigação, como a promoção da saúde mental e a necessidade de inclusão social que se faz sentir por parte das idosas.

A investigação também nos levou a crer que a Educação Social poderá ser a forma mais conveniente para satisfazer as carências detetadas. Contudo, esta forma com a colaboração dos profissionais multidisciplinares existentes na instituição será a melhor forma de atingir os objetivos pretendidos.

10.1 Introdução

O projeto nasce como consequência do desejo de melhorar a realidade onde se está inserido. Os projetos podem ser muito diferentes e variados, tanto no que toca aos objetivos como à sua metodologia, no entanto, todos têm uma característica comum, o avanço antecipado das ações para conseguir determinados objetivos, que permitam alcançar o fim previsto. O projeto passa por um plano de trabalho com carácter de proposta onde estão presentes os elementos necessários para alcançar os objetivos. Assim de acordo com Perez Serrano (2008) o projeto tem como missão prever, orientar e preparar o que se vai fazer, para o seu desenvolvimento.

Em todos os projetos deve estar presente: a descrição do que se quer alcançar, bem como a sua finalidade; a adaptação do projeto às características do meio, e às pessoas que nele vão participar; os dados e as informações técnicas para o desenvolvimento do projeto, assim como, os instrumentos de recolha de dados; os recursos para a execução; e a calendarização do seu desenvolvimento (Perez Serrano, 2008). Seguindo a mesma linha de pensamento de Perez Serrano (2008) o que se pretende deste trabalho é a construção de um projeto de intervenção comunitária para satisfazer as necessidades detetadas no trabalho de investigação que se realizou. O trabalho exploratório teve como grande alicerce o enquadramento teórico realizado sobre as temáticas inerentes à problemática da

Promoção da Inclusão Social e Saúde Mental dos Gerontes, através da Educação Social, bem como os dados recolhidos na instituição e por sua vez a análise e avaliação. Por fim foi realizada uma avaliação às utentes da amostra com a entrevista semiestruturada sobre saúde mental e bem-estar em gerontes (Faria, *et al*, 2012), recolheram-se os dados sociodemográficos; relativos ao historial de saúde; às dificuldades funcionais do sujeito; ao apoio social percecionado; à atividade; ao estado de saúde mental e à perceção de envelhecimento. Com a Escala modificada de Barthel (Apóstolo, 2012) avaliou-se o nível de independência do sujeito para a realização de dez Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e por fim o Inventário de Saúde Mental adaptado do Mental Health Inventory (MHI; adaptado por Ribeiro 2001) pretendeu-se avaliar a Saúde Mental das idosas.

Com a investigação concluiu-se que o envelhecimento das idosas não está a decorrer de forma tão ativa e bem-sucedida como era suposto. Este projeto pretende melhorar a realidade das quatro idosas, residentes na Unidade de Longa Duração, do Lar Quinta São Sebastião, que fizeram parte da investigação realizada sobre “De que forma a Educação Social promove a Inclusão Social e Saúde Mental, dos gerontes da ULDM”. Deste modo, a investigação também nos elucida que a Educação Social pode dar o seu contributo através da Promoção da Inclusão Social e Saúde Mental das Gerontes, chegando a atingir o envelhecimento ativo e bem-sucedido. Também Azeredo (2014, p. 77) concorda com o facto de “A definição e implementação de estratégias que contribuam, (...) para que o envelhecimento ativo e para o bem-estar do idoso, devem ser avaliadas através de estudos de impacto, para que melhor se adequem a cada situação e ao grupo a quem se dirigem”.

O projeto “Estamos Juntos no Caminho para a Inclusão” pretende promover a Inclusão Social das Idosas da Unidade de Longa Duração e Manutenção – Lar Quinta São Sebastião. De acordo com Zimmerman (2005), através desta metodologia é possível criar as mais diversas relações, com o objetivo de incluir a pessoa no grupo, facilitando o seu desenvolvimento como pessoa individual e como membro do grupo, o que irá criar impacto também na família e na comunidade.

O que se pretende com este projeto é definir o seu objetivo geral; os objetivos específicos; quais os profissionais envolvidos na dinamização e liderança do projeto; o público-alvo com que se pretende intervir; realizar a planificação da intervenção; o desenvolvimento

sucinto das atividades que nos propomos executar; a avaliação do projeto, neste caso como se vai realizar ao longo da intervenção e no final e a apresentação do cronograma.

10.2 Objetivo geral

- Promover a Inclusão Social e a Saúde Mental das gerontes através da Educação Social.

10.3 Objetivos específicos

- Promover a Saúde (Física, Mental e Social) das gerontes;
- Preservar a memória, a concentração, a participação ativa e a criatividade das gerontes;
- Aumentar o sentimento de utilidade/pertença à comunidade, Unidade de Longa Duração e Manutenção – Quinta São Sebastião;
- Proporcionar momentos que aumentem a convivência entre as utentes;
- Contribuir para o aumento de momentos de socialização;
- Combater o sedentarismo, ocupando as idosas nos seus tempos ócios;
- Fomentar a descoberta de novos interesses.

10.4 Profissionais envolvidos no projeto

O projeto de intervenção comunitária “Estamos Juntos no Caminho para a Inclusão” pretende promover a Inclusão Social e a Saúde Mental das Idosas da Unidade de Longa Duração e Manutenção – Lar Quinta São Sebastião, através da Educação Social. Mas para que tal aconteça o projeto conta com a participação de todos os colaboradores da instituição das mais diversas áreas, porque o verdadeiro trabalho de Inclusão Social só pode ser desenvolvido se envolver o maior número de profissionais das mais diversas áreas. Deste modo, o que se pretende é a criação de uma equipa multidisciplinar em que cada profissional dê o seu contributo quer seja da área da saúde como médicos, enfermeiros, psicóloga clínica; profissionais da área da reabilitação como a fisioterapeuta, a terapeuta ocupacional; profissionais da área das ciências sociais como a psicogerontóloga, a educadora social e a assistente social. Também se torna importante contar com a colaboração de auxiliares e ajudantes de lar, uma vez que também estes profissionais, por vezes, têm informações e conhecimentos privilegiados do estado das utentes que outros profissionais não possuem.

O que se propõe será que apesar da liderança do projeto ficar a cargo do Educador Social e do Psicogerontólogo, estes profissionais terão a função de fazer a ligação com todos os profissionais. Mais concretamente pretende é realizar uma reunião com todos os profissionais para se divulgar os resultados do estudo e para se pedir a colaboração de todos sobre o tipo de atividades a realizar, no intuito de se promover a inclusão, a saúde mental e a qualidade de vida dos gerontes.

Após estas tomadas de decisão pretende-se que seja o Educador Social desenvolva diariamente uma atividade multidisciplinar em conjunto com cada um dos profissionais das diversas áreas, além de sua atividade específica.

10.5 Público-alvo

Este projeto pretende atingir primordialmente as pessoas idosas que participaram anteriormente na investigação do sexo feminino, com mais de 65 anos, institucionalizadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados, mais concretamente na Unidades de Longa Duração e Manutenção do Lar Quinta São Sebastião, na Vila do Algoz, do Concelho de Silves, Distrito de Faro, no Algarve.

10.6 Planificação da intervenção

O Projeto de Intervenção em questão irá ser realizado maioritariamente nas instalações da Unidade de Longa Duração e Manutenção do Lar Quinta São Sebastião, no Algoz, havendo uma ou outra atividade que se poderá ser realizar no exterior, caso o mesmo seja aprovado pela administração do Lar Quinta São Sebastião. Estas irão decorrer nos meses de Fevereiro, Março, Abril, Maio, Junho, Julho, Agosto, Setembro, Outubro, Novembro e Dezembro, Janeiro e Fevereiro de 2016, caso seja necessário, será alargado o projeto até ao mês de Março, devido ao tempo destinado às avaliações finais.

O que se propõe passa por consentir o desenvolvimento de jogos/dinâmicas/atividades para auxiliar no contacto com temáticas que de outra forma não seria possível, sem causar uma excessiva ansiedade. De acordo com Manes (2014), torna-se importante que as pessoas que participam estejam num ambiente onde se sintam confortáveis, que seja

facilitador de reduzir os seus receios de modo a que explorem e se conscientizem dos temas que lhes sejam uteis.

O que se pretende com este projeto é que as quatro idosas contem com a participação dos vários profissionais que trabalham diariamente com as mesmas, possam desenvolver atividades que promovam a sua Inclusão Social e a Saúde Mental.

Desta forma, o que se pretende destas atividades é que as pessoas idosas possam experimentar e adquirir novas atitudes e comportamentos num contexto de grupo, com o objetivo de levarem estes comportamentos e estas atitudes para fora do pequeno grupo, desenvolvendo assim os seus relacionamentos interpessoais. Porém, pretende-se também a tomada de consciência das suas recordações, sentimentos, desejos, ideias e esperanças, evidenciar as consequências dos seus comportamentos a nível pessoal e social, aumentar as suas atitudes de compreensão para com os outros, conhecer melhor as pessoas com quem tem estes momentos de partilha, ganharem consciência do seu corpo e desenvolver a sua expressividade verbal.

Um grupo não é só um agrupamento de pessoas, mas sim o desenvolvimento de um relacionamento e o sentimento de pertença. Todos os grupos caracterizam-se e diferenciam-se pela sua forma distinta de se comportar de modo individual e comparativamente a outros grupos. Relativamente aos grupos de pessoas idosos tem algumas particularidades, uma vez que a morte de alguns dos membros é mais constante, sobretudo quando se trata de uma Unidade de Longa Duração e Manutenção, o que cria alguns constrangimentos, principalmente devido à necessidade de se estarem sempre a reorganizar.

É importante compreender que cabe ao profissional proporcionar e perceber qual o momento certo da aplicação de cada dinâmica, para facilitar uma nova estruturação e contribuir também para a sua inclusão.

De acordo com Manes (2014, p.6) através das atividades de grupo é possível promover “três dimensões do funcionamento psicológico: a dimensão emotivo-afetiva, a dimensão cognitiva e a dimensão experimental”. Deste modo, são propostas várias dinâmicas de acordo com a tipologia de cada atividade. Compreendendo-se que apesar de cada atividade obter uma área dominante estas podem ter uma abrangência multidisciplinar,

visto, que é possível intervir em vários domínios, na mesma atividade e atingir vários objetivos.

A inclusão social inicia-se com a integração da pessoa idosa no grupo, através da estimulação para a realização de atividades de grupo, partilhando os seus problemas e acabando com os preconceitos que existem relativamente à pessoa idosa (Zimerman, 2005).

10.7 Desenvolvimento sucinto das atividades a propor

Uma vez que o objetivo primordial é promover a Inclusão Social e a Saúde Mental dos Gerontes através da Educação Social, neste sentido o campo de ação das atividades a serem desenvolvidas insere-se, no âmbito da Estimulação Cognitiva, Incentivar para o Lúdico, Ativar a Criatividade das utentes, Fomentar a Prática da Atividade Física e Promover a Saúde Física, Mental e Social. Estas atividades terão a intenção de alcançar os objetivos específicos: promoção da saúde (física, mental e social) das idosas; preservar a memória, a concentração, a participação ativa e a criatividade; proporcionar momentos que aumentem a convivência entre as utentes; contribuir para o aumento de momentos de socialização; combater o sedentarismo, ocupar as idosas nos seus tempos ócios; fomentar a descoberta de novos interesses, de forma a atingir o objetivo geral de promover a inclusão social e a saúde mental dos gerontes.

No âmbito da Atividade de Estimulação Cognitiva facultada pela Psicóloga e pela Educadora Social pretende-se a criação e execução de atividades como: dinâmicas de orientação espaço/ temporal; jogos de memória para recordar provérbios, anedotas, adivinhas, lengalengas, histórias; trocar receitas; fazer rimas, ler e escrever; jogar cartas, dominó; bingo; identificar cheiros, objetos e sons. Para Zimerman (2005) através das atividades cognitivas procura-se também estimular a sua orientação espacial e temporal, para promover a familiarização com os locais, rotinas, pessoas, geografia e horários.

A Atividade Criativa diligenciada pela Terapeuta Ocupacional e pela Educadora Social fará a criação de jogos; a preparação de apresentações e decoração de espaços para a comemoração de efemérides; decoração de objetos como: frascos, caixas, entre outros.

Com a realização deste tipo de atividades favorece o desenvolvimento da criatividade, imaginação, capacidades artísticas e o conhecimento de novas formas artísticas. A Fisioterapeuta em conjunto com a Educadora Social ambiciona-se que através da Atividade Física as utentes possam praticar técnicas de relaxamento muscular; atividade física e jogos de equipa. Torna-se importante referir que considera-se atividade física, todos os movimentos do corpo que envolvam gasto de energia.

Com a Assistente Social e a Educadora Social pensou-se na prática de uma Atividade Lúdica onde se possa visitar museus, igrejas, teatros, mercados e outros locais públicos; assim como a prática de outras dinâmicas de grupo. Zimmerman (2005) afirma que as atividades lúdicas que envolvem atividades sociais, em ambientes exteriores à instituição, em dias combinados, que circundam em volta de passeios a museus, praia, exposições, restaurantes, pastelarias proporcionam momentos em que as idosas podem conversar sobre as impressões que têm sobre os locais, o que lá acontece e sobre os seus problemas, para que permita ao técnico coordenar e ganhar outra perspetiva dos pontos de vista das idosas. Estas atividades permitem que os idosos ganhem outro alento para a sua vida, buscando novas motivações e estimular as suas capacidades.

A Dinâmica da Saúde irá ser realizada com a colaboração da(o) Enfermeira(o) para que possam ser diligenciadas atividades que promovam a saúde, ou seja, que sejam realizadas atividades que se relacionem diretamente com temáticas da saúde. Uma vez que uma das situações que se coloca no trabalho do técnico é que os idosos fazem grandes discursos sobre os seus problemas de saúde, o que acaba por influenciar o decorrer das atividades, principalmente o estado da sua saúde mental, o que se pretende é que as pessoas tenham um momento para esclarecer as suas dúvidas e ganhem um maior conhecimento sobre estratégias que promovam a sua própria saúde. Uma vez que de acordo com Zimmerman (2005) estas conversas levam à temática morte e facilitam a aceitação de que pode estar cada vez mais próxima.

Já na atividade de Educação Social podem ser desenvolvidas dinâmicas de grupo em que as idosas comuniquem através de imagens, sons, gestos; a partilha de experiências e histórias de vida; a criação do Livro “A Quinta de São Sebastião”, onde as idosas escrevem um livro onde conste a recolha dos seus saberes tais como: histórias, mitos e receitas, entre outras coisas.

A Intergeracionalidade será uma atividades conjunta entre as idosas da Unidade de Longa Duração e Manutenção Quinta de São Sebastião e as crianças da Escola EB. 1 do Algoz, em que se pretenda com esta atividade a partilha de valores, saberes, crenças e tradições; outra atividade poderá passar por a participação em torneios e competições de jogos com outras instituições.

Porém, a “intervenção educativa com idosos”, pode incluir a participação de adultos. Estes programas, podem passar por:

“desenvolvimento comunitário, atividades próprias da educação popular (participação cívica, recuperação de tradições populares...), ações de educação para o desenvolvimento, de solidariedade e cooperação social (grupos de auto-apoio e auto-ajuda, etc.) ou em programas de educação e formação básicas” (Martín,2007, p.60).

A Educação Social com idosos propõe uma metodologia de trabalho baseada na interação com o grupo, em que cada pessoa pode transformar-se no protagonista, no grupo e a partir do grupo. Este tipo de intervenção tem como base a pedagogia social e a sua metodologia passa pela educação informal ou não formal ou seja a educação sociocultural.

Torna-se importante referir que apesar de cada atividade se desenvolver em âmbitos específicos, estas podem estar interligadas, assim como, o caso de se desenvolverem várias objetivos com a mesma atividade e note-se ainda que as atividades poderão sofrer sempre alterações consoante as necessidades das utentes e as suas especificidades.

De acordo com o que o Zimerman (2005) experienciou num primeiro momento existe um *quebra-gelo* em que se desenvolve uma conversa sobre notícias e novidades, seguindo-se um planeamento de atividades, que envolvam a atividade física, passeios, a realização de jogos, privilegiando os que envolvam o uso da memória, concentração e raciocínio. A partir deste momento com o decorrer das atividades deparamo-nos com a “resistência”, devido ao receio de que a pessoa idosa tem de não conseguir realizar o que é pretendido, o que a autora retrata como sendo uma das maiores dificuldades, que por muitos argumentos que se utilize com a pessoa esta situação torna-se muito difícil de ultrapassar. A solução passa por os idosos se motivarem mutuamente uma vez que não existe pessoa melhor para trabalhar isso que uma pessoa que esteja na mesma situação. Outra problemática que a autora coloca passa pela chegada das estações do ano mais frias em que os idosos têm declínio do seu estado de saúde, a nível físico o que influencia o estado

da sua saúde mental, que afeta o decorrer das atividades. Com a chegada das estações do ano mais quentes aumenta a produtividade, a presença e a participação dos clientes.

Todos estes conhecimentos revelados por estes autores irão fazer com que estejamos mais despertos, para as particularidades e especificidades com que nos iremos deparar ao desenvolver um projeto de intervenção deste âmbito com pessoas idosas.

10.8 Mapa de recursos

A finalidade é a utilização de todos os recursos materiais disponíveis na instituição e independentemente deste facto, serão necessários: papel, caneta, lápis, caixas de cartão, computador, projetor, lápis de cor, marcadores, televisão, filmes. Em relação ao espaço físico, deverá ser utilizada uma sala livre de barulhos secundários para a realização das atividades, o refeitório, o ginásio e o espaço exterior. No caso de realização de atividades no exterior, será necessário transporte e refeições. Os recursos humanos serão fornecidos por um profissional de Educação Social, um profissional Mestre em Psicogerontologia Comunitária, pela colaboração da Psicóloga, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Enfermeira e pelo auxílio de algumas Ajudantes e Auxiliares de Lar e a participação das idosas.

Na tabela 5, encontra-se espelhado o objetivo geral, os objetivos específicos e a descrição das atividades, assim como alguns exemplos das atividades que poderão decorrer ao longo do projeto de intervenção comunitária.

Objetivo Geral: Promover a Inclusão Social e a Saúde Mental dos gerentes através da Educação Social		
Objetivos Específicos	Descriminação das Atividades	Exemplos de Atividades
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a Saúde (Física, Mental e Social) das gerentes; ✓ Preservar a memória, a concentração, a participação ativa e a criatividade das gerentes; ✓ Aumentar o sentimento de utilidade/pertença à comunidade, Unidade de Longa Duração e Manutenção – Quinta São Sebastião; ✓ Proporcionar momentos que aumentem a convivência entre as utentes; ✓ Contribuir para o aumento de momentos de socialização; ✓ Combater o sedentarismo, ocupando as idosas nos seus tempos ócios; ✓ Fomentar a descoberta de novos interesses. 	Atividade de Estimulação Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dinâmicas de orientação espaço/ temporal; ✓ Jogos de memória para recordar provérbios, anedotas, adivinhas, lengalengas, histórias; ✓ Trocar receitas; ✓ Fazer rimas; ✓ Ler e escrever; ✓ Jogar de cartas e dominó; ✓ Identificar cheiros, objetos, sons.
	Atividade criativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Criar jogos; ✓ Preparar as apresentações para a comemoração das efemérides; ✓ Decorar objetos como: frascos, caixas; ✓ Decorar espaços.
	Atividade Física	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Praticar Técnicas de relaxamento muscular; ✓ Praticar de atividade física; ✓ Praticar jogos de equipa.
	Atividade Lúdica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Visitar museus, igrejas, teatros, mercados e outros locais públicos; ✓ Comemorar as efemérides ✓ Dinâmicas de grupo.
	Dinâmica da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atividade de grupo sobre temas relacionados com a saúde.
	Educação Social	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dinâmicas de grupo em que as idosas possam comunicar através de imagens, sons, gestos; ✓ Partilhar experiências e histórias de vida; ✓ Criar o Livro “A Quinta de São Sebastião”, onde conste a recolha dos seus saberes tais como: historias, mitos e receitas, entre outras coisas ✓ A Intergeracionalidade será uma atividades conjunta entre as idosas do Lar Quinta de São Sebastião e as

		<p>crianças da Escola EB. 1 do Algoz, em que se pretende a partilha de valores, saberes, crenças e tradições entre outras,</p> <p>✓ Participar em torneios e competições de jogos com outras instituições.</p>
--	--	--

Tabela 5 Objetivo geral, objetivos específicos, designação das atividades e exemplo das atividades do projeto de intervenção

10.9 Avaliação do Projeto

A avaliação é uma gestão científica específica, que pretende estudar a competência que o investigador tem para trabalhar com as problemáticas sociais, de forma a satisfazer as carências sentidas, por um conjunto de pessoas. Esta avaliação pretende sobretudo comparar a realidade social das pessoas, antes e após a intervenção, para que se compreenda a possível diferença entre a planificação, a execução e os resultados obtidos.

A análise avaliativa remete para um diagnóstico que pode encaminhar para a mudança de alguns procedimentos, tais como: o meio, o método de ação, os objetivos, bem como pôr em causa os meios económicos, culturais e políticos (Perez Serrano, 2008).

Neste caso concreto a análise avaliativa realizada através da investigação efetuada anteriormente conclui que é possível melhorar o trabalho que é feito na promoção da Inclusão Social e a Saúde Mental das idosas através de um projeto Educação Social. Em concordância, com a autora acima referida pretende-se a comparação dos resultados atingidos com o Projeto de Intervenção Comunitária “Estamos Juntos no Caminho para a Inclusão” que deseja a Inclusão Social e a Saúde Mental dos gerentes através da Educação Social em comparação com os resultados obtidos na investigação anterior.

Também Espinoza citado em (Perez Serrano, 2008, p. 83), afirma que “avaliar é comparar num determinado instante o que foi alcançado mediante uma acção e o que se deveria ter alcançado de acordo com uma prévia programação”. Em suma, a natureza da avaliação baseia-se no processo de comparação entre a situação prevista e a situação real. Ainda de acordo com De Ketele (citado em Perez Serrano, 2008), avaliar é “examinar o grau de adequação entre um conjunto de informações e um conjunto de critérios adequados ao objectivo fixado, com o fim de tomar uma decisão” (p. 83). Já Riviére (citado em Perez

Serrano, 2008) afirma que “a avaliação é um processo de estabelecer um juízo de valor sobre um objectivo, com vista a uma acção em função da obtenção e interpretação sistemática de dados ou provas sobre este objecto” (p. 84).

Perez Serrano (2008) menciona que a avaliação não deve ser só realizada no final do projeto, pois esta deve estar presente ao longo de todo o processo, de forma a controlar os resultados, bem como a corrigir inconvenientes que possam surgir, com a desadequação das atividades. A avaliação pretende também coordenar todo o projeto, desde a caracterização das necessidades, passando por todo o processo, até aos objetivos atingidos. Deste modo, a avaliação do projeto pretende responder essencialmente a quatro questões: “o quê”, “como”, “quando” e “quem vai avaliar”. Sendo assim, Nevo (citado em Perez Serrano, 2008), assegura que “qualquer coisa pode ser objecto de avaliação” (p. 85). Neste caso específico, pretendemos avaliar as destinatárias (as idosos da Unidade de Longa Duração e Manutenção Quinta São Sebastião e as suas necessidades) e o projeto de Intervenção Comunitária (o processo e os seus resultados).

Deste modo, de acordo com os autores acima referidos à questão “o quê” pretende-se avaliar a participação das idosas nas atividades, a perspetiva que estas têm não só das atividades, mas dos seus resultados de que estão a beneficiar e as atividades.

A resposta à pergunta “como”, define-se com o facto de ajustar a avaliação ao projeto e à situação que se irá avaliar e neste sentido irá respeitar-se estes dois parâmetros. Esta pergunta é respondida através do Registo dos Técnicos (tabela 6), que consiste num documento onde estão presente todos os resultados da participação de cada idosa ao longo do mês. Para este documento foram constituídos os indicadores de avaliação esperados ao longo de cada atividade. Para que fosse possível realizar uma avaliação mais realista foi ainda criada uma Entrevista semi-diretiva ou semiestruturada (tabela 7) que será aplicada às utentes, para que estas possam espelhar a sua opinião relativamente às atividades e ao projeto. Tendo em conta que se trata de um projeto multidisciplinar pensamos que as reuniões também serão importantes para planificar as atividades, mas também para que exista uma partilha das opiniões dos vários técnicos. De outro ponto de vista as estratégias de avaliação serão baseadas na observação livre, longitudinal e implícita, utilizada durante todos os procedimentos, sem planos estabelecidos previamente. Numa outra perspetiva, utilizar-se-á a observação sistemática longitudinal e explícita, realizada

ao longo do projeto, com planos previamente estabelecidos, através de conversas informais, para assim ter-se em conta os objetivos, de forma pontual e explícita, através da visualização de certas atitudes e comportamentos.

Segundo De Ketele (citado em Perez Serrano, 2008), utilizar-se-á uma estratégia longitudinal, ou seja, irá proceder-se a uma avaliação ao longo de todo o processo, que poderá ser transversal. Concretamente a resposta à pergunta “Quando” a avaliação será contínua e final, contínua porque o Registo dos Técnicos (tabela 6) será diário, uma vez que também as atividades são diárias, sejam as atividades multidisciplinares ou de Educação Social. A entrevista semi-diretiva ou semiestruturada (tabela 7) será aplicada às idosas trimestralmente ou seja irá ser aplicada às utentes no final de cada trimestre, ou seja, no final do mês de Maio, Agosto, Novembro e Fevereiro este momento irá perspetivar a opinião das utentes que participam no projeto. As reuniões com todos os técnicos pensou-se que poderiam decorrer mensalmente. Em suma, em relação ao momento que se irá proporcionar, a avaliação irá consistir em três momentos: na avaliação diagnóstica, que decorreu durante a aquisição de informação relativa às idosas, à instituição e às suas carências; na avaliação formativa, que irá surgir no decorrer do projeto; e por fim na avaliação sumativa, que facultará as conclusões finais, no sentido em que responderá se atingiu ou não os objetivos. Esta avaliação sumativa irá ser o resultado de todas as avaliações realizadas durante o projeto.

“Quem vai avaliar” este documento de Registo dos Técnicos (tabela 6) foi pensado para que fosse de acesso facilitado a todos os técnicos das diversas áreas, uma vez que apesar do Educador Social ser o profissional que estará presente em todos os momentos é importante que a avaliação seja realizada por todos os técnicos. A entrevista semi-diretiva ou semiestruturada (tabela 7) irá ser aplicada por o Psicogerontólogo e analisada pelo mesmo através da análise de conteúdo. A avaliação nas reuniões será realizada com todos os técnicos apesar de serem coordenadas pelo Psicogerontólogo. Respondendo ainda à questão “quem avalia”, irá apostar-se na avaliação interna, que irá ser realizada pelo investigador (Psicogerontólogo), tendo em conta o projeto, os objetivos, as planificações, os recursos e tudo o que possa influenciar o desenvolvimento deste projeto.

A implementação dos projetos de intervenção fazem parte da investigação-ação, contudo quando estes são aplicados com à população idosa torna-se importante ter em conta, que

os resultados não se verificam com a mesma rapidez do que com jovens. Deste modo, conclui-se que para os resultados serem eficazes, a motivação dos participantes deverá ser maior, as atividades repetidas com maior frequência, avaliadas ao longo do tempo e serem a resposta às necessidades reais dos participantes (Azeredo, 2014, p.80).

Avaliação/Registo dos Técnicos					
Nome da utente: _____					
Idade: _____ Naturalidade: _____					
Habilitações Literárias: _____ Profissão: _____					
Motivo da institucionalização: _____					
Diagnóstico (s) Principa(is)l: _____					
Avaliação da Escala de Barthel /nível de independência: _____					
Avaliação do Inventário de Saúde Mental: _____					
Estado de Orientação no tempo e no espaço: _____					
Data de Admissão: _____ Data de início da intervenção: _____					
Mês: _____					
1º Semana					
					Total
2º Semana					
					Total

3º Semana

--	--	--	--	--	--

Total

4º Semana

--	--	--	--	--	--

Total

Legenda

1	A idosa recusa participar na atividade.
2	Tem de ser chamada para participar na atividade.
3	Tem que ser chamada a participar durante a atividade e estimulada mais do que uma vez.
4	Tem que ser chamada a participar durante a atividade e estimulada uma vez.
5	Participa voluntariamente nas atividades.
6	Participa ativamente nas atividades.

Tabela 6 Avaliação/Registo dos Técnicos

GUIÃO DE ENTREVISTA

(entrevista semi-diretiva ou semiestruturada)

Tema: Avaliação do projeto “Estamos Juntos no Caminho para a Inclusão”.

Aplicação: Psicogerontólogo

Entrevistados: Utentes da Unidade de Longa Duração e Manutenção da Quinta São Sebastião, no Algoz que participaram no projeto “Estamos Juntos no Caminho para a Inclusão”.

Objetivo Geral: Obter a avaliação das participantes no projeto.

Bloco Temático A – Legitimação da Entrevista

Objetivo	Objetivo Específico	Dimensão	Apresentação/Questões
Legitimar a Entrevista	Explicitar os objetivos da entrevista;	Entrevistador/a: Objetivos da Entrevista	Faz o enquadramento da entrevista no âmbito do projeto de investigação;
	Motivar o/a entrevistado/a;	Motivação do Entrevistado	Evidencia o papel relevante do/a entrevistado/a e agradece a sua colaboração;
	Garantir a confidencialidade dos dados;	Garantia da confidencialidade dos dados	Esclarece sobre a confidencialidade dos dados (não revelação do nome no relatório a produzir);
	Definir os procedimentos a adotar (tempo para a entrevista; método de registo);		Solicita autorização para gravar a entrevista e define o/s tempo/s para a mesma;
	Criar um clima de		Acautela uma

	confiança e abertura à exposição do/a entrevistado/a.		comunicação verbal e não-verbal não inquisidora ou ameaçadora por forma a fazer com que o/a entrevistado/a se sinta à vontade para narrar a sua história da forma como a vivenciou.
--	---	--	---

Bloco Temático B – Dados de identificação

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Dimensão	Questões
Realizar a Caracterização Sócio -Demográfica	Inquirir o entrevistado sobre dados que permitam a sua caracterização.	Caracterização do Entrevistado	Questionar sobre: 1) Idade
			2) Local de Nascimento
			3) Estado Civil
			4) Habilitações Académicas
			5) Funções Exercidas- (datas e locais)

Bloco Temático C – Dinâmicas Sociais

Objetivo	Objetivo Específico	Dimensão	Questões
Identificar a diversidade de atividades promovidas;	Sistematizar e compreender as atividades presentes no Lar Quinta São	Esclarecer quanto à realidade presente na instituição.	10. Que tipos de atividades realiza no Lar Quinta

	Sebastião		São Sebastião (anual e semanalmente)?
			11. Como caracteriza as dinâmicas em questão?
			12. São suficientes? São eficazes?
			13. Como caracteriza a sua participação nas dinâmicas?

Bloco Temático D – Promover a Inclusão Social e a Saúde Mental dos gerentes através da Educação Social

Objetivo	Objetivo Específico	Dimensão	Questões
Identificar a diversidade de atividades, relativamente à Promoção da Inclusão Social e a Saúde Mental;	Sistematizar e compreender as atividades promovidas no Lar Quinta São Sebastião que promovem a Inclusão Social e a Saúde Mental dos gerentes	Qual o impacto das atividades realizadas	14. As atividades que tem vindo a ser realizadas no Lar Quinta São Sebastião promovem a Inclusão Social? a) As atividades realizadas no Lar Quinta São Sebastião promovem a Saúde Mental?
			15. Na sua opinião que atividades é

			<p>que deveriam ser realizadas para promover a Saúde Mental?</p> <p>a) Na sua opinião que atividades é que deveriam ser realizadas para promover a Inclusão Social?</p>
			<p>16. A Educação Social é uma forma de promover a Saúde Mental?</p> <p>a) E a Inclusão Social?</p>
			<p>17. Gostaria de dar o seu contributo, com algumas sugestões? Algum ponto que não tenha sido falado.</p>

Tabela 7 Guião da Entrevista das idosas da ULDM da Quinta São Sebastião que participaram no projeto

10.10 Cronograma da Proposta de Plano de Atividades

Na tabela 8 está presente o cronograma da proposta do plano de atividades do projeto “Estamos Juntos no Caminho para a Inclusão”. O cronograma revela a presença diária de cada atividade de Educação Social, assim como a Atividade de Estimulação Cognitiva conjunta com a Psicóloga, a Atividade Criativa com a Terapeuta Ocupacional, a Atividade Física com a Fisioterapeuta, a Atividade Lúdica com a Assistente Social e a Dinâmica da Saúde com a colaboração da Enfermeira(o). A tabela 8 mostra-nos ainda que a duração de cada atividade é de 45 (quarenta e cinco minutos), uma vez que é importante ter em conta que o tempo de concentração das pessoas idosas é menor e desta forma irão ser mais produtivas. As atividades multidisciplinares serão planeadas para a parte da tarde, devido às rotinas da instituição.

Dia	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Descriminação das Atividades					
Manhã (45 minutos)	Educação Social	Educação Social	Educação Social	Educação Social	Educação Social
Tarde (45 minutos)	Atividade de Estimulação Cognitiva	Atividade Criativa	Atividade Física	Atividade Lúdica	Dinâmica da Saúde

Tabela 8 Cronograma da proposta de plano de atividades

11. Síntese Conclusiva

A investigação bibliográfica realizada trouxe novas ideias e novos ideais que poderão vir a ser postas em prática no Projeto de Intervenção, considera-se que esta foi fundamental e uma mais-valia para a sua prática profissional, no sentido, em que sensibilizou para uma reflexão, acerca das próprias crenças, atitudes e expectativas, quer pessoais, quer profissionais, e da forma como estas se relacionam e influenciam a prática.

Para os profissional da área social torna-se importante perceber a perspetiva de outros profissionais e desta forma procurou-se selecionar vários autores das mais variadas áreas para realizar uma melhor proposta. Uma vez que tem-se tornado cada vez mais notória a existência de equipas multidisciplinares, o que obriga a um trabalho conjunto entre vários profissionais das mais diversas áreas.

A mais-valia desta Dissertação de Mestrado passa pela exigência de um trabalho conjunto com profissionais de áreas diversas: da Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Educação Social e Medicina dentro da área da Gerontologia. Uma outra mais-valia deste estudo passa por ser uma confirmação de que existem novas formas de promover a saúde mental e a inclusão social, das pessoas idosas além das apresentadas em investigações e projetos já realizados.

De acordo com (Azeredo, 2014, p.80) as metodologias qualitativas “tornam-se importantes pela riqueza de informação socio-cultural que se pode recolher, sobretudo em pessoas como os idosos, com um longo passado”. Streubert & Carpenter citado em (Azeredo, 2014, p.80) refere que o objetivo da investigação qualitativa passa por transmitir uma perspetiva da realidade, que se torna mais relevante para os participantes do que para os investigadores. A investigação-ação proporciona uma ampliação de conhecimentos em áreas sociais e resoluções práticas para os problemas sociais. Contudo usou-se também os contributos das metodologias quantitativas para que nos desse resultado mais reais e concretos. Através da junção de ambas foi possível perceber como decorre o processo de envelhecimento da pessoa de forma holística. Ainda ao nível da Metodologia foi possível perceber-se quais os passos a seguir em relação à investigação em processo, bem como clarificar a pergunta de partida, a amostra, o objetivo geral e os objetivos específicos assim como os instrumentos de avaliação.

Sem dúvida que os procedimentos a tomar nesta investigação foram tornando-se cada vez mais claros, no entanto, é notório que até ao final da construção do Projeto de Intervenção foram alterados alguns aspetos, uma vez que a investigação tem como objetivo a progressiva construção, desconstrução e reconstrução do objeto de estudo.

Do ponto de vista, da pertinência este estudo é relevante e de grande pertinência uma vez que a Unidade de Longa Duração e Manutenção é uma tipologia que está incluída na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que surge da necessidade de respostas adequadas e eficazes após a alta hospitalar de pessoas que continuam a necessitar de cuidados. Para que seja possível a promoção da funcionalidade e dar resposta às suas reais necessidades torna-se importante trabalhar também para a promoção da sua possível inclusão social.

Segundo o Guia Prático da Rede Nacional de Cuidados Continuados, um dos objetivos principais dos cuidados continuados integrados passa por realizar: “um conjunto de intervenções de saúde e apoio social, resultante de avaliação interdisciplinar, com o objetivo ajudar a pessoa a recuperar e/ou manter a sua autonomia e melhorar a funcionalidade, através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Instituto de Segurança Social, IP., 2014).

Este assunto continua a ser debatido, mas ainda não são realizados projetos concretos nesse sentido, principalmente nas Unidades de Longa Duração e Manutenção, em que se torna um objetivo mais trabalhoso, devido às particularidades dos utentes. Mas por este objetivo ser ainda mais trabalhoso e exigente, torna-se necessário que seja realizado por um profissional que tenha conhecimentos e competências não só a nível das condições necessárias para promover a reinserção social, como ir mais longe e perceber a pertinência de avançar com a inclusão social e esse profissional será um Educador Social.

Com este trabalho de investigação tona-se não só importante por se reconhecer a necessidade de realizar projetos que promovam a inclusão social em gerentes de Unidades de Longa Duração e Manutenção, como trabalhar essa mesma inclusão social e promover também a saúde mental.

Através desta perspetiva denota-se uma necessidade de saber mais por parte do Educador Social em que aqui irá intervir também o profissional de Psicogerontologia Comunitária,

com os seus conhecimentos não só na área da psicologia, como também na área da gerontologia obtendo um maior conhecimento assim da comunidade em que estes gerontes estão ou não incluídos. Uma vez que tanto a Educação Social como a Psicogerontologia Comunitária iniciam a sua intervenção a partir do enquadramento em que a pessoa idosa tem na comunidade e propõem um processo socioeducativo com base na investigação e na ação que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa.

A educação é dependente das circunstâncias pessoais e particulares da pessoa e da valorização das suas necessidades e interesses. A importância da Psicogerontologia nasce do sentido em que a também é devido aos maiores conhecimentos sobre a etapa da vida que a pessoa idosa está a viver. De acordo com (Martín, 2007, p.53), daí também tornar-se tão importante, obtermos conhecimentos, “sobre aspetos motivacionais, cognoscitivos, afetivos, diferenças significativas intergeracionais e intrageracionais” todos estes conhecimentos são fatores que irão influenciar o nível de participação dos idosos nas atividades e na aprendizagem permanente.

Os governos, as organizações internacionais e as próprias pessoas idosas precisam de se esforçar por ultrapassar os estereótipos negativos que apresentam as pessoas idosas como indivíduos com deficiências físicas e psicossociais, incapazes de funcionar com autonomia, que não desempenham qualquer papel nem têm qualquer valor na sociedade. Estes esforços, nos quais deveriam participar os meios de comunicação social e instituições educativas, são essenciais para que tenhamos uma sociedade que defenda a plena integração das pessoas idosas. No que se refere ao direito de gozar dos benefícios decorrentes do progresso científico e suas aplicações, (Nações Unidas, 2002, p.9).

Em suma, o Educador Social especializado em Gerontologia irá desenvolver um melhor trabalho, uma vez que faz parte das suas competências apresentar todas as oportunidades que a pessoa tem em cada fase da sua vida e sempre que necessário irá apresentar formas de a pessoa poder adaptar-se às novas condições. Desta forma, com maiores conhecimentos sobre as características desta faixa etária irá realizar um melhor trabalho, sempre no sentido da promoção da qualidade de vida.

Contudo, este estudo também apresenta algumas limitações a mais visível passar por este estudo ter só participantes utentes do sexo feminino, contudo, esta poderá ser algo colmatado com estudos futuros relativos a utentes do sexo masculino.

Outros estudos futuros passa pela investigação sobre “De que forma a Educação Social promove a Inclusão Social e Saúde Mental, dos gerontes nas outras respostas sociais da Rede Nacional de Cuidados Continuados como os Cuidados de Convalescença; Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação; Cuidados Paliativos; Unidades de Ambulatório, Equipas Hospitalares de Cuidados Continuados de Saúde e de Apoio Social e Equipas Domiciliárias de Cuidados Continuados de Saúde e de Apoio Social. Note-se que é importante comprovar a necessidade de profissionais de Educação Social em respostas sociais como as apresentadas anteriormente. Além disso tona-se necessário que exista um maior trabalho conjunto das equipas multidisciplinares.

Bibliografia

Administração Central do Sistema de Saúde (2015). Documentação - *Diretiva Técnica (Nº1/UMCCI/2008)* Critérios gerais de referenciação de doentes para unidades de internamento, de ambulatório e equipas da RNCCI. Acedido em 18 de Julho de 2015. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Diretiva%20T%C3%A9cnica%20n%C2%BA%201%20-%20UMCCI%20-%202008.pdf>

Administração Central do Sistema de Saúde (2015). *Indicadores Mensais* – Monitorização Mensal RNCCI – Junho de 2015. Acedido em 18 de Julho de 2015. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/IndicadoresMensais/tabid/1170/language/pt-PT/Default.aspx>

Administração Central do Sistema de Saúde (2015). *Onde estamos*. Acedido em 18 de Maio de 2015. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/OndeEstamos/tabid/1152/language/pt-PT/Default.aspx>

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (s/d). *Rede Nacional de Cuidados Integrados*. Acedido em 3 de Julho de 2015. Disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/217>

Alves, A. & Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 28 (2): 127-131 Acedido em 10 de Maio de 2014. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v28n2/v28n2a03.pdf>

Alvino-Borba, A. & Mata-Lima, H. (2011). Exclusão e Inclusão Social nas sociedades modernas: Olhar sobre a situação em Portugal e na União Europeia. *São Paulo, Sev. Soc. Soc.*, N.106, 216-240. Acedida em 26 de Outubro de 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n106/n106a03.pdf>

Apóstolo, J., (2012). *Instrumentos para Avaliação Geriátrica (Geriatric Instruments)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em 16 de Maio de 2015. Disponível em http://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509.

Araújo, L. & S. Melo (2013). Relacione-se com os outros. In Ribeiro O. & Paúl C., *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel

Azeredo, Z., (2014). Capítulo 6 – Necessidades de Investigação em face do envelhecimento. In Pocinho R., Silva A., Santos E., Vilhena J., Ninõ L., Tatay C., Azaredo Z., Zamora H., Belo P. & Ganga R., *Metodologias de Investigação – Estudos sobre o Envelhecimento*. Viseu: Psicosoma

Azeredo, M. & Teles, R. (2013). Capítulo 4 – Revitalize a sua mente. In Ribeiro O. & Paúl C., *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel

Bell, J. (1993). *Como realizar um projecto da investigação*. Lisboa: Gradiva.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.

Carvalho, A. & Batista, I. (2004). *Educação Social – Fundamentos e estratégias*. Porto: Porto Editora

Delgado, A. & Wall, K. (2014). *Famílias nos Censos 2011 Diversidade e Mudança*. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais

Diário da Republica – I Série - A nº 281-8 de Novembro 2003. Acedida em 18 de Abril de 2015. Disponível em <http://www.oasrn.org/upload/apoio/legislacao/pdf/saude2812003.pdf>

Díaz, A. (2006). Uma Aproximação à Pedagogia – Educação Social. Granada: *Revista Lusófona de Educação*, Nº 7, 91-104. Acedido a 10 de Maio de 2015. Disponível em <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/viewFile/801/644>

Direcção-Geral da Saúde. (2013). Portugal Saúde Mental em Números -2013. *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Acedida em 20 de Junho de 2015. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>

Domingues, M. (2012). Capítulo 13 – Mapa Mínimo de Relações do Idoso: Uma Ferramenta para Avaliar Rede de Suporte Social. In Pereira F. (Org.), *Teoria e Prática da Gerontologia – Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicosoma

Duarte, A., Lapa, F. & Nunes, C. (2013). Unidades Cuidados Continuados Longa Duração e Manutenção do Algarve: Perspetivas dos Profissionais, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14 (2), 266-271. Acedida em 29 de Junho de 2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v14n2/v14n2a02.pdf>

Flick, P. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.

Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento - Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fonseca, J. R. S. (2008). Os Métodos Quantitativos na Sociologia: Dificuldades de uma Metodologia de Investigação. *VI Congresso Português de Sociologia – Mundos Sociais: Saberes e Práticas*. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Acedida em 10 Janeiro de 2016. Disponível em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/346.pdf>

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

Freire, P. (1994). *Pedagogia da Esperança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Freire, P. (1996). *Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à Prática Educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Instituto de Segurança Social, IP. (2014). *Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, N37- v4.16,1-18. Acedida em 10 Janeiro de 2015. Disponível em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27187/rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci

Instituto de Segurança Social, IP. (2014). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Acedida em 10 Janeiro de 2014. Disponível em <http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>

Lar Quinta São Sebastião. (s/d). *A Instituição*. Acedida em 10 Janeiro de 2014. Disponível em <http://www.larquintasaosebastiao.com/PT.html>

Lar Quinta São Sebastião. (s/d). *A Quinta*. Acedida em 10 Janeiro de 2014. Disponível em <http://www.larquintasaosebastiao.com/PT.html>

Lar Quinta São Sebastião. (s/d). *A ULDM*. Acedida em 10 Janeiro de 2014. Disponível em <http://www.larquintasaosebastiao.com/PT.html>

Lopes M., Saraiva K., Fernades A. & Ximenes L., (2010). *Análise do Conceito de Promoção de Saúde*, 19 (3), 461-468. Acedida em 2 de Maio 2015-05-03. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf>

Manes, S. (Org.). (2014). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos – Um Manual para Psicólogos, Professores, Animadores Socioculturais*. Lisboa: Paulus

Martín, A., (2007). Capítulo III- Gerontologia Educativa: Enquadramento Disciplinar para o Estudo e Intervenção Socioeducativo com Idosos. In Osório A., & Pinto F. (Coor), *As pessoa Idosas- Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget

Marujo H. & Neto L., (2010). Psicologia Comunitária Positiva: Um exemplo de integração paradigmática com populações de pobreza. *Análise Psicológica*, 3 (XXVIII), 517-525. Acedido em 26 de Julho 2015. Disponível em <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/355/pdf>

Menezes, I. (2010). *Intervenção Comunitária: Uma perspectiva psicológica*. Porto: Livpsi

Ministério das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, Diário da República, 1.ª série – N.º87-5 de Maio de 2011, Portaria n.º 183/2011 de 5 de Maio. Acedido em 30 de Julho de 2015. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Portaria183_2011.pdf

Ministério das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, *Portaria n.º 174/2014 de 10 de Setembro*, Capítulo IV Recursos Humanos, Artigo 14.º. Acedido em 30 de Julho de 2015. Disponível em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/5782359/Portaria_n_174_2014_10_set

Nações Unidas. (2002). *Direitos Humanos e Pessoas Idosas*. Acedida em 31 de Agosto de 2015. Disponível em https://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/D_H_Pessoas_Idosas.pdf

Organização Pan- Americana da Saúde & Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001*. Saúde Mental: Uma nova esperança. Acedida em 12 de Junho de 2014. Disponível em <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>

Ornelas, J. (2007). Psicologia Comunitária – Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *Análise Psicológica*, 1 (XXV), 5-11. Acedida em 25 de Julho 2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a02.pdf>

Pais Ribeiro, J. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 179- 191. Acedida em 20 de Julho 2015. Disponível em http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3090/1/1994_23_179.pdf

Papalia & Olds (1992). *Human development*. New York: McGraw- Hill

Pardal, L. & Correia, E. (2008). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Areal Editores.

Pereira, F., & Pimentel, H. (2012). Capítulo 2 – Emergência da Gerontologia e do Gerontólogo. In Pereira F. (Org.), *Teoria e Prática da Gerontologia – Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicosoma

Peretz, H. (2000). *Métodos em Sociologia*. Lisboa: Editora Temas e Debates.

Perez Serreno, G. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais – Casos Práticos*. Porto: Porto Editora.

Pimentel, H., & Silva, M. (2012). Capítulo 16 – Inclusão social dos Idosos. In Pereira F. (Org.), *Teoria e Prática da Gerontologia – Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicosoma

Queiroz M., Vicente V., Alves C., Silva C., Negreiro F. (2009). *Saúde em Mapas e Números – Eurotrials: Consultores Científicos*. Acedida em 8 Maio 2015.
Disponível em
http://www.eurotrials.com/wpcontent/uploads/2014/02/publicacao_ficheiro_115_1.pdf

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Resende M., Almeida C., Favoreto D., Miranda E., Silva G., Vicente J., Queiroz L., Duarte P., Galicioli S. (2011). *Saúde mental e envelhecimento*, V. 42, nº1, 31-41. Acedido em 9 de Maio de 2015. Disponível em
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5315>

Ribeiro, J. L. P. (2011). *Mental Health Inventory: Um Estudo de Adaptação à População Portuguesa*, 2 (1), 77-99. Acedido em 3 de Março de 2014. Disponível em
<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1039/1/PSD%202001%202%281%29%2077-99.pdf>

Saturnino, A., Leandro, S., Cruz, N. & Faria, M. (2013). *Mente sã em Corpo Sénior- Uma Nova Perspectiva de Cidadania Ativa*. Jesus, S., Ribeiro, J., Rezende, M., Heleno, M., Buéla-Casal, G. & Tobal, J. (Eds.) *Livro de Atas do II Congresso Ibero-Americano /III Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde*, Faro: CIEO- Universidade do Algarve.

Vara, M. (2012). Capítulo 4 – O olhar do Gerontólogo. In Pereira F. (Org.), *Teoria e Prática da Gerontologia – Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicosoma

Veiga- Branco, A. (2012). Capítulo 3 – O Gerontólogo ... um Mediador no Espaço Gerontológico. In Pereira F. (Org.), *Teoria e Prática da Gerontologia – Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicosoma

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2002). *Relatório Mundial de Saúde*. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Acedida em 11 de Maio de 2014. Disponível em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2014). “*Ageing Well*” must be global priority. Acedida em 2 de Maio de 2015. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/en/>

Zimmerman, G. (2005). *Velhice: aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed

Apêndices

Apêndice I

**Pedido de autorização para a realização do Projeto de Intervenção/ Dissertação na
Unidade de Longa Duração e Manutenção da Quinta São Sebastião**

Ex.º(a) Sr. (a) Diretora Técnica

Dr.ª Marta Cabrita

Unidade de Longa Duração e Manutenção

Quinta São Sebastião - Algoz

Assunto: Pedido de autorização para a realização do Projeto de Intervenção/ Dissertação na Unidade de Longa Duração e Manutenção Quinta São Sebastião, no Algoz

Neste momento encontro-me a realizar um trabalho de investigação/dissertação, no âmbito do Mestrado em Psicogerontologia Comunitária (3ª Edição), do Instituto Politécnico de Beja. Assim, venho por este meio solicitar a vossa autorização para a realização da investigação para fim de um Projeto de Intervenção/ Dissertação no âmbito da temática “Promoção da Saúde Mental em Gerontes através da Educação Social – A caminho para a Inclusão”.

Considerando que o Público- Alvo do estudo serão os utentes da Unidade de Longa Duração e Manutenção da Quinta São Sebastião, no Algoz, solicito assim vossa colaboração, garantindo desde já a confidencialidade dos dados, não revelação nunca o nome dos utentes do relatório a produzir.

Atenciosamente,

Beja, 9 de Dezembro de 2014

Tatiana Filipa Silva Mestre
(Licenciada em Educação Social)

Apêndice II

Consentimento Informado às utentes

Termo de Consentimento Informado

Eu _____
declaro aceitar participar voluntariamente no estudo realizado pela Licenciada em Educação Social, para fim de um Projeto de Intervenção/ Dissertação no âmbito da temática “Promoção da Saúde Mental em Gerontes através da Educação Social – A caminho para a Inclusão”.

(A Utente)

Tatiana Filipa Silva Mestre

(Licenciada em Educação Social)

Apêndice III
Guião das Entrevistas

GUIÃO DE ENTREVISTA

(entrevista semi-diretiva ou semiestruturada)

Tema: Promoção da Saúde Mental em Gerontes através da Educação Social – Um caminho para a Inclusão

Aplicação: Investigadora

Entrevistados: Administradores, Direção Técnica e Técnicos da Instituição.

Objectivo Geral: Identificar o contexto de intervenção do Lar Quinta São Sebastião, no concelho de Silves.

Bloco Temático A – Legitimação da Entrevista

Objetivo	Objetivo Específico	Dimensão	Apresentação/Questões
Legitimar a Entrevista	Explicitar os objetivos da entrevista;	Entrevistador/a: Objetivos da Entrevista	Faz o enquadramento da entrevista no âmbito do projeto de investigação;
	Motivar o/a entrevistado/a;	Motivação do Entrevistado	Evidencia o papel relevante do/a entrevistado/a e agradece a sua colaboração;
	Garantir a confidencialidade dos dados;		Esclarece sobre a confidencialidade dos dados (não revelação do nome no relatório a produzir);
	Definir os procedimentos a		Solicita autorização para gravar a entrevista

	adotar (tempo para a entrevista; método de registo);	Garantia da confidencialidade dos dados	e define o/s tempo/s para a mesma;
	Criar um clima de confiança e abertura à exposição do/a entrevistado/a.		Acautela uma comunicação verbal e não-verbal não inquisidora ou ameaçadora por forma a fazer com que o/a entrevistado/a se sinta à vontade para narrar a sua história da forma como a vivenciou.

Bloco Temático B – Dados de identificação

Objetivo Geral	Objetivo Especifico	Dimensão	Questões
Realizar a Caracterização Sócio -Demográfica	Inquirir o entrevistado sobre dados que permitam a sua caracterização.	Caracterização do Entrevistado	Questionar sobre: 6) Idade
			7) Local de Nascimento
			8) Estado Civil
			9) Habilitações Académicas
			10) Funções Exercidas- atividades (datas e locais)

			<p>11) Em que ano é que se formou?</p> <p>a) Onde?</p>
			<p>12) Começou a exercer as funções de Psicóloga onde?</p> <p>a) Quando?</p> <p>b) Em que áreas?</p> <p>c) O que é para si a pessoa idosa? Qual a imagem que tem da pessoa idosa?</p> <p>d) Quando iniciou as suas funções nesta instituição?</p>
	Identificar a experiência de trabalho da Diretora Técnica	Experiência de trabalho da Diretora Técnica	<p>13) Qual o motivo pelo qual veio colaborar com o Lar Quinta São Sebastião?</p>
			<p>14) Em que consiste o seu trabalho?</p> <p>a) Qual a sua função dentro da</p>

			Instituição?
--	--	--	--------------

Bloco Temático C – Contextualização da Instituição

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Dimensão	Questões
Compreender a biografia, finalidades, atividades e motivações do entrevistado;	Identificar o contexto de intervenção do Lar Quinta São Sebastião	Missão da Instituição	18. Qual é o objetivo da instituição onde colabora?
	Identificar a motivação para o trabalho	Motivação para o trabalho	19. O que a motiva a realizar as suas funções?
	Compreender o clima institucional	Clima Institucional	20. Como descreve a relação entre todos os intervenientes na instituição?
			21. Considera que exista algo a mudar?
	Conhecer os recursos da instituição	Recursos da instituição.	22. Qual é a sua opinião sobre os recursos da instituição? a) Considera que são suficientes? b) Quais os profissionais que considera que sejam necessários?

Bloco Temático D – Respostas Sociais

Objetivo	Objetivo Especifico	Dimensão	Questões
Identificar as Respostas Sociais	Identificar os serviços prestados, e a sua eficácia.	Organização e eficácia da gestão das diferentes respostas sociais	23. Quais as respostas sociais existentes no Lar Quinta São Sebastião?
			24. Em que consiste cada resposta social?
			25. Como caracteriza as respostas sociais em questão? a) Do ponto de vista técnico? b) Do ponto de vista dos utentes/clientes?

Bloco Temático E – Dinâmicas Sociais

Objetivo	Objetivo Especifico	Dimensão	Questões
Identificar a diversidade de atividades promovidas;	Sistematizar e compreender as atividades presentes no Lar Quinta São Sebastião	Esclarecer quanto à realidade presente na instituição.	26. Que tipos de atividades se realizam com os utentes no Lar Quinta São Sebastião (anual e semanalmente)?
			27. Como caracteriza as dinâmicas em questão?
			28. São

			suficientes? São eficazes?
			29. Como caracteriza a participação dos idosos, nas dinâmicas?

Bloco Temático F – Promover a Inclusão Social e a Saúde Mental dos gerontes através da Educação Social

Objetivo	Objetivo Especifico	Dimensão	Questões
Identificar a diversidade de atividades, relativamente à Promoção da Inclusão Social e a Saúde Mental;	Sistematizar e compreender as atividades promovidas no Lar Quinta São Sebastião que promovem a Inclusão Social e a Saúde Mental dos gerontes	Qual o impacto das atividades realizadas	30. As atividades que tem vindo a ser realizadas no Lar Quinta São Sebastião promovem a Inclusão Social? b) As atividades realizadas no Lar Quinta São Sebastião promovem a Saúde Mental?
			31. Na sua opinião que atividades é que deveriam ser realizadas para promover a Saúde Mental? b) Na sua opinião que atividades é

			que deveriam ser realizadas para promover a Inclusão Social?
			32. A Educação Social pode ser uma forma de promover a Saúde Mental? b) E a Inclusão Social?
			33. Gostaria de dar o seu contributo, com algumas sugestões? Algum ponto que não tenha sido falado.

Apêndice IV

Análise de Conteúdo da Entrevista à Diretora Técnica (Entrevista 1)

Análise de Conteúdo da Entrevista Semi-diretiva ou Semiestruturada

Tema: Promoção da Saúde Mental em Gerontes através da Educação Social – Um caminho para a Inclusão

Aplicação: Investigadora

Entrevistado: Diretora Técnica

Género: Feminino

Idade: 32 Anos

Local de Nascimento: Silves

Habilitações Académicas: Licenciada em Serviço Social

Tempo de Serviço: 8 Anos

Objetivo Geral: Identificar o contexto de intervenção do Lar Quinta São Sebastião, no concelho de Silves.

		Hospitalar	médica hospitalar com indicação da direção clínica faço o serviço social que é pouco visto ao nível das respostas o que existe pronto faço muita coisa.
	Motivação para o trabalho	Resposta privada no Algarve	Foi o desafio.....ahhh é das poucas respostas privadas no Algarve....depois sempre tive curiosidade em trabalhar num meio que não uma IPSS ou uma Instituição que não dependesse do Estado porque acho que é aí que está o futuro a privatização dos serviços do Estado visando sempre o bem estar do doente e do utente neste caso porque acho que em termos de exigências são muito superiores em relação às respostas do Estado que são pouco fiscalizadas e pouco monitorizadas por quem lhes dá o dinheiro neste caso o próprio estado
		Maior exigência	eeeeee foi a experiência em si e também a ocupação do cargo o vir dirigir...eu dirigi uma equipa de nove pessoas e cheguei aqui e tinha trinta pessoas para dirigir e depois a própria interdisciplinaridade porque é um trabalho muito mais rico lá nós éramos três assistentes sociais um médico e uma enfermeira (tosse) quer o médico quer a enfermeira estavam em regime de prestação de serviços e a regime de tempo parcial e aqui seria também o bumm dos cuidados continuados porque os primeiros projetos dos cuidados continuados surgiram como experiência piloto em dois mil e seis e em dois mil e oito foi o bume dos cuidados continuados no Algarve e porque acho que é uma resposta muito completa e o Lar sempre idealizei não trabalhar para um mas ter o meu e como isso não é viável trabalhasse no projeto dos outros. (...) Tudo. Eu
		O cargo	
		Interdisciplinaridade	
		Equipa numerosa	
		Novidade	
		Ambição	

		As pessoas	adoro aquilo que faço. (...) É complicado quando nós trabalhamos para pessoas e com pessoas definir o que é que nos motiva porque os fatores que nos motivam tem que ser sempre em prol do outro eee hahh e contra isto ou não querendo falar de assistencialismo porque o assistencialismo já há muito que passou à história mas aahh qualquer profissão que se exerça sobre relações humanas tem que se encontrar sempre motivada para que a gente possaaa é difícil definir.
Caracterização da Instituição	Espaço Físico	Aperfeiçoamento do espaço	Melhorar os espaços e os equipamentos que os utentes usufruem, proporcionar um bem-estar adequado aos utentes...
	Caracterização dos Recursos Humanos	Perfil desadequado dos profissionais Recursos suficientes	(..) há uma falha de recursos o difícil é muitas vezes encontrar o profissional que com o perfil adequado à imagem da instituição neste caso às características da população alvo ou seja isto para mim contrariamente ao que achava quando comecei a trabalhar esta todas as profissões na área da saúde e principalmente nestes contextos tem que ser haaa muito bem definidos por quem os executa quando nós nos deparamos com profissionais que não tem se calhar a aptidão ou competência para trabalhar com esta população há N fatores e N competências que esse profissional não vai nem desenvolver nem atribuir ao trabalho que tá a executar logo em termos de número de recursos não vejo por aí porque conheço muitas Instituições na área e se calhar somos das Instituições que tem um maior número de recursos face ao número de

		utentes que tem que com isto não quer dizer que não tenha que existir sempre um ajustamento sempre que há um aumento da dependência dos utentes a todas as áreas. (...) o perfil do profissional de saúde numa unidade tem que ser distinta ou diferente de outro tipo de trabalho seja em este de intervenção porque nós também acabamos por ser um pouco a família deles (...) foi criado pelo Departamento Social que criamos faz sensivelmente uns oito meses nove meses desde que tivemos uma terapeuta que entretanto acabou por abandonar e o departamento ficou um pouco enfraquecido (ri) mas que já foi restituído o elemento (...)
Encaminhamento	Direção clínica e departamento social	(...) e depois existe uma serie de sinalizações feitas quer pela direção clinica quer pelo Departamento que depois cruzamos a informação e que como é obvio todas as partes deverão ter um parecer ou uma palavra a dar (...)
Recursos Humanos em falta	Recursos são suficientes Em fase de expansão pretende o alargamento da equipa	Ahhh isso é muito relativo porque eu acho que na área da prestação direta não, acho que não (...) Se calhar contratava mais um animador, isto falando com a população que nós temos neste momento, os recursos são suficientes como encontramos numa fase de expansão e de alargamento quer da unidade quer do lar contrataria um animador e um assistente social e um psicólogo a tempo inteiro (..) aahhh e um fisioterapeuta também acho que seria uma aposta a tempo inteiro, visto que o terapeuta ocupacional já temos.

Clima Institucional	Poucos conflitos	<p>haaaaaa numa escala de zero a dez dou sete, acho que uma das dos benefícios desta instituição de não ter se calhar tantos conflitos é o facto de ter poucas hierarquias dado que considero que a hierarquia é um fator potenciador de conflito mas que acaba em parte por subcarregar quem dirige e às vezes disponibiliza pouco tempo para o número de tarefas que temos que executar (...) o que também ainda é muito raro o clínico é o clínico e o social é o social mas o social neste momento felizmente aqui consegue ter um impacto tão ou mais forte que o clínico é a minha opinião.</p>
Objetivo da Instituição	Promover a qualidade de vida dos utentes e a reinserção na comunidade	<p>Sei o objetivo é promover a qualidade de vida dos utentes e a reinserção dos mesmo na comunidade sempre que possível e que não comprometa o bem-estar do utente.</p>

Representações sociais da pessoa idosa	Carência de apoio social e emocional	<p>Pessoa com carências a nível das satisfações básicas</p> <p>Pessoa que precisa de apoio e de inclusão</p> <p>Pessoa que precisa de suporte emocional</p> <p>Pessoa com carências devido à idade</p>	Para mim uma pessoa idosa é uma pessoa que tem uma serie de carências a nível das satisfações básicas que necessita de apoio e de inclusão numa resposta e que por geralmente por motivos de envelhecimento patológico ou por necessidades de saúde desenvolve um grau de dependência que faz com que necessite de um determinado tipo de apoio.(...) Todas as pessoas necessitam de algum tipo de apoio. Mesmo que seja só a nível de suporte emocional qualquer pessoa não só idosa mas que devido a um fator que se chama fator desenvolvimento e devido a uma serie de fatores intrínsecos à idade possivelmente tem outro tipo de carências que outra pessoa não tem.
Público-alvo	Caracterização do público	<p>Adultos e idosos</p> <p>Elevada esperança média de vida</p> <p>Falta de escolaridade</p>	Não quero-lhe só mencionar que o nosso utente mais novo tem sensivelmente 28, 29 anos e que o nosso mais velho tem 94 dentro da rede depois no lar já tivemos uma centenária e agora temos uma senhora de 97 anos e que a esperança média de vida destes utentes é muito elevada assim como haaaa o facto de não terem rede de suporte social informal habitação própria escassez de recursos financeiros são tudo indicadores que críticos quer da inclusão quer da promoção da saúde mental assim como a falta de escolaridade a ausência de escolaridade da maior parte dos utentes.
Respostas Sociais	Tipologia	Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e	Uma Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração com quarenta e cinco camas que neste momento se encontra em fase de avaliação por parte da tutela para aumentarmos para 56 camas mais 56 não desculpe 55 mais vinte

		Manutenção	utentes em lar com a possibilidade de se aumentar para 31.
	Caracterização da resposta social de Lar	Resposta privada, licenciada pela Segurança Social Equipa multidisciplinar	O lar é uma resposta privada que é licenciada pela segurança social que não tem qualquer apoio do estado que oferece serviços médicos serviços de enfermagem apoio de animação apoio psicológico quando necessário terapia ocupacional fisioterapia quando indicação do diretor clinico que é médico fisiatra e apoio social apoio administrativo e a própria prestação do cuidado em si que é feito pelas ajudantes de lar.
	Caracterização da resposta social ULDM	Profissionais encontram-se afetos às duas respostas	A unidade é constituída por uma diretora técnica que sou eu um diretor clinico uma enfermeira coordenadora uma animadora que desenvolve atividade no lar e na unidade todos os profissionais se encontram de alguma forma afetos às duas respostas e um se calhar podem considerar que é por uma questão de sustentabilidade não é, é, por uma questão de acima de tudo haver uma igualdade nos serviços essa foi uma das exigências que eu fiz quando para cá vim que não é por que paga que deverá ter um melhor serviço do que aquele que o estado apoia (...) Como é obvio, nós falamos de uma unidade em fim de linha que é a única unidade que não vem decretada com tempo por esse motivo ou seja quando a resposta foi feita já era do conhecimento em 2006 quando saiu a primeira legislação nos cuidados continuados que esta este seria o fim de linha e que iríamos ter que aguardar por outras respostas do estado (...)

	<p>Caracterização das respostas sociais do ponto de vista técnico</p>	<p>Importantes com lacunas e benefícios</p> <p>Dificuldade de inclusão na rede</p> <p>O benefício do lar é que já é procurado por pessoas com pouco poder económico</p>	<p>São as duas respostas importantes mas que têm uma serie de lacunas quer os benefícios ou as lacunas (...) Em termos de benefícios considero que a unidade é e a integração na mesma não deveria ser só sinalizada pelo pelas equipas de gestão de alta das outras unidades mas que deveria existir para além da ECCI que pode sinalizar da comunidade mas que é um organismo limitativo em termos de vagas acho que é insuficiente para análise e para as situações que muitas vezes detetamos também é do conhecimento público que a linha de emergência social pode sinalizar mas a dificuldade na inclusão dentre da rede desses elementos ou desses utentes ou dessas pessoas que tem necessidades é suficientemente enfraquecida face ao número de situações que temos, pelo menos no concelho somos o segundo maior concelho do Algarve que a população mais envelhecida com um maior grau de envelhecimento em termos de isolamento social e geográfico ahhhh no lar o benefício é, é. que eu note ali (tosse) desde há sete anos atrás é a alteração da população que frequenta a valência inicialmente a valência era procurada por quem tinha realmente algum poder económico e que pretendia um serviço de maior qualidade face ao que o Estado ou que as IPSS ou que outros lares privados podiam oferecer porque felizmente sempre tivemos uma grande diversidade em termos de equipa técnica e neste momento acho que há uma sensibilidade por parte das famílias que não existia antes ou seja já há a preocupação de</p>
--	---	---	---

		Serviço de maior qualidade Diversidade de técnicos	alguém pagar mais qualquer coisa ou a família retirar dos recursos que tem para benefício do familiar o que era muito raro acontecer há sete anos atrás. Em termos de respostas considero que são as duas benéficas e que deviam de existir dez vezes mais do que as que existem no Algarve inteiro são insuficientes quer uma quer outra.
	Caracterização das respostas sociais do ponto de vista dos utentes	Benéfica independentemente da sua dependência situação clínica, social das pessoas Equipas multidisciplinares de	Acho que a rede foi a melhor resposta criada pelo Estado....é a resposta em que o utente pode retirar o maior benefício e uma proporcionalidade de bem estar independentemente da sua dependência e da sua situação clínica e até mesmo da sua situação social o que não acontece com todas as outras respostas...ou seja se nós formos falar de um lar residencial que pertença ou que seja participado ou que faça parte da Rede das IPSS e afins não, não, vou defender o nome Rede Solidária porque deveria ser mas não é um utente para ter entrada ou ser admitido num Lar desses tem que ter pouca dependência fraca mobilidade ou seja a pessoa encontrar-se quase capaz de permanecer no domicílio e ser apenas uma opção a integração na resposta ou seja eu não concordo nada com isso porquê porque depois encontram-se condicionados os recursos os recursos humanos os recursos materiais e afins nessa área as unidades como tem tido equipas multidisciplinares conseguem de alguma forma reunir todas as áreas de intervenção básicas à satisfação das necessidades básicas dos utentes apenas há uma que as unidades ou que a rede

		todas as áreas desde a intervenção básicas à satisfação das necessidades básicas	não consegue de forma alguma colmatar que é a rede de suporte familiar e que é muito muito muito débil enfraquecida inexistente e o contexto social da maior parte destas pessoas faz com que haa toda esta equipa seja não só e por isso é que eu digo que acho (...)
Dinâmicas Sociais	Tipologia das atividades	Orientação, lazer, jogos de estimulação de acordo com a dependência	Fazemos atividades de orientação, atividades de lazer, atividades de estimulação que depois são trabalhadas de diversas maneiras pelo animador, trabalhamos também maioritariamente com grupos de acordo com a dependência independência ahh jogos ahhh (...)
	Caracterização das atividades	Lazer Manutenção das capacidades do utente Atividades de grupo e individuais	(...) e procuram-se atividades que de lazer e que se trabalhe em parte em termos de humh não é em termos de desenvolvimento mas em termos de manutenção das capacidades que o utente tem ou seja aqui o trabalho desenvolvido é mais um trabalho de grupo e ao mesmo tempo individualizado tendo em conta as particularidades e as dependências e as dificuldades que cada um deles apresenta existem as atividades de grupo existem as atividades individuais (...)
	Apreciação das dinâmicas realizadas	Positivas Têm sido benéficas	Eu acho as dinâmicas positivas. Tenho uma opinião um bocadinho particular porque só temos dois recursos a trabalhar com um determinado grupo ahhh mas julgo que até ao momento tem sido benéfico encontramos-nos em fase de monotorização criamos agora uma Escala que é a GAS e vai avaliar

			supostamente o nível da participação e satisfação para que possamos sempre monitorizar e ajustar às necessidades dos nossos utentes.
	Caracterização das atividades relativamente à quantidade	Suficientes	Acho que sim, neste momento sim, neste momentos acho que é dos períodos em que temos mais pessoas dependentes eeee muita gente não liga ou considera que os fatores ambientais não tem um elevado poder sobre as capacidades ou as limitações desta população idosa mas tem muito e este período do ano é um período em que eles se encontram sempre mais fragilizados quer em termos clínicos e que isso depois reverte em termos de participação eee da própria motivação deles porque o estado clínico compromete muito eee de inverno nota-se que a satisfação a própria vontade de que não chamo motivação mas a vontade de é diferente até porque está comprovado que o Sol tem uma vitamina (ri) que faz com que as pessoas arrebitem.
	Caracterização das atividades relativamente à eficácia	Capacita e atribui-lhes mais competências a nível físico e mental São eficazes	Nós falamos numa unidade de longa em que o objetivo aqui é manter o estado das pessoas, é óbvio que se a gente poder capacita-las e atribuir-lhes mais competências quer a nível físico quer aaa mental seria importante mas (...) por isso como é óbvio são eficazes se não nós não fazíamos.
	Caracterização da participação dos idosos	Participativos dentro das suas limitações	Dentro das limitações deles e a gente não se pode esquecer que falamos de pessoas com graves limitações e questões e com patologias associadas a um

			estado de dependência ou de não podem não ter aquela elevada dependência física mas que em termos cognitivos tem deteriorações e alterações de memória alterações de de estados de espírito e afins e que isso vai comprometer todo o desenvolvimento e todas as atividades que se realizam por isso aqui a questão passa por monitorizar avaliar e ajustar sempre que necessário.
Promover a Inclusão Social e a Saúde Mental dos gerentes através da Educação Social	Impacto das atividades realizadas na Promoção da Inclusão Social	<p>Difícil inclusão na comunidade e na família</p> <p>A inclusão é feita no grupo</p> <p>As atividades promovem a inclusão</p>	<p>(...) e que aaaaa possibilidade da inclusão quer na comunidade quer na família são muito difíceis porque são pessoas que já passaram por uma série de respostas eeee são pessoas que já se adaptaram a uma rotina e que a família neste momento os que tem já se viram livres deles desculpe-me a expressão eee como tal não faz muito sentido o voltar (...) Dentro do grupo sim. Ou seja a Inclusão na minha opinião é mais uma vez pouco vocacionada para a comunidade ou para a rede de suporte também porque muitas vezes é inexistente, mas o que é feito é adequado como é óbvio. Se não não fazíamos. (...) como é óbvio trabalhamos para uma inclusão e aaa justificação que se trabalha para uma inclusão são os conflitos que surgem entre eles porque muitas vezes as pessoas consideram que os conflitos entre os utentes não são benéficos mas isso demonstra interação entre as pessoas ou seja às vezes é complicado ter pessoas pouco autónomas mas se fossem 45 completamente autónomos ou quase autónomos o nível de conflitos e de interação seria</p>

		Inclusão através de um acordo tripartido	superior mas como é obvio facilitaria a inclusão (...) porque o regresso ao domicilio seria quase como considerado algo inviável não só pela questão da limitação que limita a inclusão e dificulta assim como podemos ai quando aqui falamos de inclusão falamos muito na alta do utente e o que é que acontece das duas três ou o utente é só e tem não tem família e nós conseguimos integra-lo num acordo tripartido com uma vaga fantástica que surgiu em que sete anos surgiram duas ou então o utente tem que se manter aqui porque a família não o leva e a lei não protege o idoso nesse aspeto assim como há uma comissão de proteção de jovens devia de haver uma comissão de proteção de idoso em que fossem debatidas estas questões em que fossem chamados os familiares à responsabilidade em que os familiares tivessem a obrigação de participar ativamente no, no, quer na alta quer no contexto institucional e tivessem essa obrigatoriedade porque isso não existe e depois falam-se de situações de abandono muitas vezes não falamos de abandono mas é basicamente o que acontece por isso inclusão com abandono são duas questões que não se unem ou dois conceitos que não se unem.
	Impacto das atividades realizadas na Promoção da Saúde Mental	Impacto com atividades de orientação e	Em parte sim. É óbvio que se formos falar sobre Saúde Mental levávamos aqui mais quatro horas a conversar ahhh vai ser um dos problemas do século 21 já era dos séculos 20 e neste momento é considerado um dos focos principais em termos de assuntos relatados na saúde mas

		estimulação	principalmente na saúde e como é óbvio nós a partir do momento em que trabalhamos a orientação trabalhamos a estimulação ahh
	Sugestão de atividades para Promoção da Inclusão Social	Não tem sugestões	A questão é que eu penso que nessa área eu penso que tudo é feito, nós temos aqui como eu costumo dizer um pau de dois bicos, primeiro é tudo feito logo o que é que acontece o meu familiar está bem onde está não me vou chatear é tudo feito promove a manutenção não devolve a competência ou não atribui a competência logo incluir sem... é muito difícil.
	Sugestão de atividades para Promoção da Saúde Mental	Não tem sugestões	Neste momento acho que o que é desenvolvido é o que é possível, não por uma questão de escassez de recursos mas voltando à mesma questão ahhh das limitações que eles tem nós devemos ajustar e tal e qual como eu já referi anteriormente deverá existir um plano individualizado em que sejam contempladas uma serie de atividades de animação mas a gente não pode crer devolver e promover algo que já se encontra completamente deteriorado e que não foi trabalhado durante uma serie de tempo, isto passando em contexto de, de familiar ou domiciliário ou em contexto hospitalar...em que as pessoas chegam aqui e isto é o fim de linha, promover a saúde mental? Manter talvez?! Promover, não sei.
	Importância da Educação Social para promover a	Contributo noutra tipologia	Acho que sim e pode dar um contributo muito grande mas não numa área com uma tipologia tão avançada, este trabalho esse trabalho devia ser começado se

	Saúde Mental		calhar junto do contexto das equipas de apoio domiciliário perceber eee desenvolver um leque de atividades que possa promover a saúde mental num contexto mais retardado do processo de saúde e social do utente do que numa unidade destas é obvio que a partir do momento em que nós assumimos que não interessa a idade mas sim a necessidade e é basicamente isto que a rede define na legislação (...).
	Importância da Educação Social para promover a Inclusão Social	Em situações pontuais	ahme poderão existir pontualmente situações numa longa que possa ser trabalhada a inclusão mas julgo que esse trabalho seria mais importante dentro da rede numa convalescença ou numa média mas ainda mais importante em ambiente hospitalar nas ESSI's nos acordos tripartidos da segurança social ou seja noutro contexto que não o da Instituição pura e crua.

Apêndice V

Análise de Conteúdo da Entrevista ao Administrador

(Entrevista 2)

Análise de Conteúdo da Entrevista Semi-diretiva ou Semiestruturada

Tema: Promoção da Saúde Mental em Gerontes através da Educação Social – Um caminho para a Inclusão

Aplicação: Investigadora

Entrevistado: Administrador

Género: Masculino

Idade: 69 Anos

Local de Nascimento: Lisboa

Habilitações Académicas: Engenheira Civil

Tempo de Serviço: 45 Anos

Objetivo Geral: Identificar o contexto de intervenção do Lar Quinta São Sebastião, no concelho de Silves.

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo	Descrição
Dados de identificação	Funções desempenhadas na Instituição	Gestão Técnica Gestão Administrativa Gestão Financeira	Aqui foi...deixe ver estávamos a iniciar a obra dois mil ... dois mil e três, dois mil e quatro...agora não me sei situar muito bem mas..... (...) Eu faço a gestão da dada Gestão Técnica, a Gestão Administrativa, a Gestão Financeira pah.
	Motivação para o trabalho	Dinheiro disponível Trabalho fixo Continuar a trabalhar	Isto começou por acaso por um acaso, eu tinha um amigo meu pah e colega pah que me perguntou pah tinha ali um projeto e queria que eu o avaliasse e eu cheguei pah passado passado uns quinze dias avaliei aquilo e disse epah olha isto vale tanto e ele passado quinze dias perguntou-me queres entrar no projeto? E eu por acaso tinha ali pah uns dinheirinhos pah disponíveis pah e foi assim que entrei no projeto. Havia um projeto pah feito praticamente a obra pah tinha estava no pavimento esta parte aqui e a outra depois foi diferente e depois agarrei no projeto pah alterei o projeto meti mais um piso arrancamos com a obra fizemos mais este e depois arrancamos com a obra ali na vivenda essa foi pah e como nessa altura tinha saído pah do grupo Imperio foi pah não

			<p>tinha nada pah de fixo e trabalho fixo foi uma maneira pah de de continuar a trabalhar pah em termos profissionais. (...)</p>
<p>Caracterização da Instituição</p>	<p>Caracterização dos Recursos Humanos</p>	<p>Segundo a legislação os recursos são em número superior</p>	<p>Veja nós temos um contrato com com das duas atividades que nós temos são o da atividade da unidade e da atividade do lar propriamente dito nós estamos perfeitamente em aiados por legislação que é produzida no lado do lar pela segurança social e no lado da unidade pah não só pela legislação existente na Rede Nacional de Cuidados Continuados mas essencialmente pelo contrato que nós tiramos com a ARS e com a Segurança Social por isso ai estamos perfeitamente definidos em termos de necessidades especificações essas que nos balizam imediatamente os recursos humanos afetos a e os recursos específicos de características físicas da instituições que temos que cumprir por isso podemos não estar a cem por cento mas digamos que com o que se passa por ai pelo mercado isto não é desculpa mas o que se passa ai pelo mercado tenho a impressão que nós cumprimos pah muito acima dos oitenta noventa por cento do que nos é exigido e em termos de recursos é evidente que pah cumprimos a cem por cento porque aliás relativamente à Unidade como sabe temos periodicamente visitas da ECL e agora também da ECR que vão de facto esmiuçar e esmiuçar qual é de facto o nosso desempenho e os recursos alugados por esse desempenho. (...) Atenção os recursos pah alugados a um trabalho em função de onde nós queremos pah de onde nós queremos chegar é</p>

	Resolvem razoavelmente bem o que nos é exigido	evidente que se nos pagam uma situação nós somos levados a utilizar esse tipo de especificações se chegarmos à conclusão e até agora ainda não temos feito, não não chegamos a essa conclusão que os recursos mesmo os que nos são exigidos são poucos para os cuidados face ao perfil dos nossos utentes eu e outro administrador não temos o mínimo recurso de aumentar os recursos nomeadamente os humanos alegados à prestação de cuidados. (...) Não eu acho conveniente, mas os que temos aqui resolvem razoavelmente bem o que nos é exigido não só pela parte privada como a parte pública da unidade.
Recursos Humanos em falta	Não sente necessidade	Ahh é evidente que se tivéssemos folgas e não sei que há um certo número de atividades nomeadamente pública vá na área da saúde propriamente dita é natural que pudesse haver um reforço, mas relativamente ao número total da qualidade dos trabalhos dos cuidados que nós prestamos até agora não sentimos necessidade disso.
Clima Institucional	Devido à quantidade de “gente é óbvio que haverá sempre conflitos”	Eu tenho a impressão tirando evidente nós a brincar a brincar estamos aqui diariamente quarenta e cinco sessenta e cinco pública cento e dez cento e vinte pessoas sem contar pública com os visitantes alegando que à dias em que podemos considerar que estão aqui pública à roda de cento cinquenta duzentas pessoas reunidas num espaço pública com tanta gente é óbvio que haverá sempre pública conflitos mas tenho a impressão que os conflitos que temos tido não não

	<p>Os conflitos não alteram a qualidade da prestação de cuidados</p> <p>Os documentos definem a função de cada colaborador</p> <p>São estabelecidas regras bem definidas aos colaboradores</p>	<p>alteram rigorosamente nada pah a qualidade pah que nós queremos ter pah na prestação dos nossos cuidados temos é regras muito específicas para pah definir o que é que nós queremos de cada colaborador aliás isso está nos nos diversos documentos pah que vocês quando entraram para aqui tiveram acesso não sei se os leem se os leram de facto são um bocado extensos mas isso está completamente ai definido o que nós queremos e cada função está perfeitamente definida e balizada pah e o objetivo da instituição está lá perfeitamente definido perfeitamente definido isso ai ninguém poderá dizer pah que isso não estava com o detalho necessário a um bom entendimento (...)</p> <p>Também é desde que haja atenção tudo na vida tem que ter regras e nós de facto estabelecemos regras desde o inicio e estamos muito atentos às regras que nós especificamos e queremos que sejam cumpridas essencialmente coisas que nós consideramos que são vitais e não é só ai não temos o mínimo de folga relativamente ao que nós exigimos exigimos aos nossos colaboradores.</p>
Objetivo da Instituição	<p>Dar continuidade a um projeto que “tenta cuidar das pessoas que estão a nosso cargo”</p>	<p>O objetivo da instituição pah é levar a cabo um projeto que começou pah em dois mil e quatro pah quando nós arrancamos com o com a compra dos espaços pah e arrancamos com a obra eee pah tentar cuidar das pessoas que estão a nosso cargo com a melhor qualidade pah que nós podemos dar.</p>

Representações sociais da pessoa idosa	Carência de apoio social e emocional	Pessoa com oitenta ou mais anos com carências a nível cognitivo e físico que precisa de ajuda	Olhe para mim a pessoa idosa é uma pessoa pah que em termos cognitivos pah já tem idade paaaah que dentro de da na dentro da curva de Gaus nos cinco por cento laterais da curva está quer dizer que é uma pessoa pah. Em termos gerais, mas eu estou a falar em termos cognitivos para mim de facto a idade vê-se ai e vê-se para mim é uma pessoa a partir dos oitenta, oitenta e cinco anos pah a não ser que tenha demências ou tenha outras patologias que lhe inibam um pouco pah a capacidade cognitiva, essencialmente isso.(...) Como é óbvio que sim como já tem problemas cognitivos e porque também tem e eventualmente físicos mas para mim é mais importante a zona cognitiva quer dizer que a partir daí como tem deficiências ou de físicas ou de cognitivas precisa de ajudas.
Respostas Sociais	Caracterização da resposta social de Lar	Privada, com especificações da Segurança Social	A resposta de Lar é totalmente privada isso aí são as especificações da Segurança Social que são relativamente vagas aí, mas a a Segurança Social baliza essencialmente as características físicas do edifício e as digamos os recursos afetos a essa atividade lista de facto um certo número de coisas que temos que fazer, mas essencialmente ela é privada atenção quem vai avaliar pah a bondade dos nossos cuidados são os nosso clientes (...)
	Caracterização da resposta social ULDM	Obtém um contrato	(...)pah em termos da unidade como lhe disse pah nós temos isso contratado pah e é isso que nós fazemos pah se podemos fazer mais não sei. (...)

	<p>Caracterização das respostas sociais do ponto de vista técnico</p>	<p>Existem sempre coisas a mudar nas organizações</p> <p>As pessoas trazem documentação onde está traçado o seu perfil</p> <p>Com a família e utente é trabalhada a alta</p> <p>Os utentes são</p>	<p>Há sempre em todas as organizações coisas que podem ser mudadas nós cada vez que pensamos num assunto pensamos num assunto há um mês e hoje em dia se pensarmos outra vez já temos ali mais três ou quatro coisas que lhe acrescentamos somente que às vezes pah com o rodar dos dias pah e com a inercia não é bem a inercia é com a continuidade dos dias dá-nos pouco espaço para criar isso mas quando os assuntos nos vêm à cabeça é evidente que alteramos e é obvio que à coisas para alterar sempre sempre em qualquer organização. (...) A resposta social é um coisa extremamente ampla extremamente ampla o que nós fazemos aqui é primeiro que tudo assim que um utente e estamos a falar em termos da unidade assim que um cliente nos é apresentado para entrar pah eles devem trazer uma ficha com o seu perfil completo e a partir dai pah uma pessoa sabe rigorosamente o que é quem o cuidador quem é de facto da família quem são as pessoas a quem eles em primeira linha respondemos nós em segunda respondem eles, eles é que estão aqui a nosso cargo direto e pronto o que é fundamental é nós estabelecermos uma uma ligação pah com uma bem estreita entre de facto o que aqui fazemos pah e de facto os colaboradores e família por uma razão muito simples eles estão aqui pah e efetivamente eles estão aqui para poderem ter uma alta o que quer dizer é que nós estamos aqui a prepara-los em termos físicos e em termos cognitivos para terem alta mas ao mesmo tempo eles devem devemos ter</p>
--	---	--	---

		preparados a nível físico e cognitivo	também o cuidado de ter a ligação com os colaboradores e com a família pah de maneira a que quando eles saiam estejam bem ambientados pah para onde vão porque as tantas a partir de uma certa altura se eles estão aqui deixam de estar e a partir daí quando eles saem coitadinhos não tem ninguém do outro lado e é este um dos problemas da rede é precisamente essa na zona final não têm ajudas sociais suficientes para poder absorver e dar mais altas nas unidades é um dos problemas que tem a rede.
Dinâmicas Sociais	Tipologia das atividades	Estimular para a vida em comunidade na ULDM A equipa tenta que as pessoas “estejam com o máximo de capacidades para a idade”	Isso fazia-lhe a pergunta a si (ri) essencialmente o que é que se passa, é tentar pah estimular pah para a vida para uma comunidade para onde eles entraram essencialmente é essa tentar que eles não fiquem ali pah pesos mortos, sentados, vegetais que nem televisão veem e que se vê muito aqui se nós formos ali a baixo vê-mos aquilo é uma tristeza ver aquilo mas pronto e essencialmente é isso é pah a sua atividade (Animadora Sociocultural) a atividade da Marta (Assistente Social/ Diretora Técnica) atividade das ajudantes pah a atividade do enfermeiro a atividade do médico é a atividade dessa gente, toda essa gente deve tentar que efetivamente essas pessoas estejam o com o máximo de capacidades para a idade que tem.
	Caracterização das atividades	Motivadoras para a sua realização Estimulação a nível	Não é desenvolver (ri) é não deixar é que elas acabem porque é evidente e que em termos cognitivos que chega a uma certa idade e essa situação pah e enfraquece o que é fundamental é motiva-los a eles terem pah como faz todos

		cognitivo Criam objetivos e “apego à vida”	os dias, brincar pah, jogos, estimula-los essencialmente é uma estimulação na zona cognitiva de tal maneira de tal maneira que nós possamos garantir que eles pah aaaa tenham apego à vida essencialmente isso e não estejam ali pah uns perfeitos vegetais sem sem objetivos, se nós conseguir-mos que eles tenham objetivos mesmo que seja uma coisa muito tremule o objetivo que eles possam ter se nós conseguir-mos que eles tenham isso acho que é um sucesso.
	Apreciação das dinâmicas realizadas	Positiva, abrange muitos utentes	Não é uma área em que eu esteja pah muito muito dentro para poder responder a isso mas acima a sensação que eu tenho é que e pelo que eu escuto das pessoas que eu escuto as pessoas é que a sua entrada aqui foi extremamente importante para desenvolver esse tipo esse tipo pah de de de situação isso é importante porque tivemos aqui várias experiências em que a sensação que nós tínhamos é que o aquelas pessoas uma coisa é ver pah é ver trinta pessoas à volta de uma mesa a brincarem a fazerem coisas como eu já vi consigo e outra coisa é de facto é ver essas pessoas a olharem para longe a olharem para nada a olhar para ontem ou para outro sitio qualquer pah e não terem sequer a capacidade de poderem comunicar bem mais que não seja em termos gestuais com qualquer coisa e isso é o grande problema é esse. E se a instituição poder se a instituição poder investir pah sobre isso acho que é das coisas mais importantes que nós aqui podemos fazer.
	Caracterização da	Positiva, encontram-se	Sim a sensação que eu tenho e como eu lhe digo não tenho muitos dados sobre

	participação dos idosos	motivados Estão a desenvolver algumas aptidões	esse tema mas o que eu vejo e que de repente olho, basta olhar e uma pessoa tira a fotografia pode não tar lá muito tempo para fazer um vídeo a sensação que eu tenho é que si que à ali pessoas antes estavam completamente desmotivadas para fazerem alguma coisa em conjunto e para tentarem desenvolver alguma coisa com as aptidões que ainda tinham ou que possam pah vir a desenvolver eu tenho a sensação que isso hoje em dia isso está a ser melhor realizado.
Promover a Inclusão Social e a Saúde Mental dos gerentes através da Educação Social	Impacto das atividades realizadas na Promoção da Inclusão Social	Positivo, desenvolvem “possibilidades” motoras, cognitivas e de comunicam	Como é óbvio assim que eles tenham capacidades intrínsecas, desenvolverem um bocadinho mais as suas não posso dizer competências pah porque competências é um bocadinho antes das suas possibilidades pah não so motoras como cognitivas como de comunicação estamos nesse caminho e é isso que nos interessa.
	Impacto das atividades realizadas na Promoção da Saúde Mental	Positivo	Disso tenho a certeza.
	Sugestão de atividades para Promoção da Inclusão Social	Convívio com outras instituições	Essa por exemplo outras de poderem conviver com outras pah instituições acho que é excelente porque acho que é através daí que eles são esprevidados saem propriamente do seu casulo e começam e têm interação com outros pah e acho que isso é extremamente importante de facto e depois pah não se nós não investimos se calhar o suficiente em música o que para eles é capaz de ter

		Estimulação sensorial através da música	muitos estímulos pah do que a televisão sensações a sensação que eu tenho é que eles não veem televisão estão lá os televisores e ninguém olha para aquilo se formos lá agora abaixo estão os dois ou três televisores a funcionar e ninguém vê e tenho a sensação que a estimulação sensorial através da música era extremamente importante.
Sugestão de atividades para Promoção da Saúde Mental		Passeios para promover a interação entre eles e o meio ambiente	Há aqui uma coisa que nós e temos capacidades para fazer isso é por e simplesmente passear com os velhotes é das grandes falhas que nós aqui temos temos capacidade temos pessoas que podem levar a camionete temos uma carrinha confortável somente não fazemos isso e isso é uma coisa pah que se tem escapado e e sem querer as pessoas pensam em muitas coisas e para mim essa é vital que os velhotes sintam que o seu espaço não está circunscrito a estes dois edifícios mas que eles estão em contacto com o que viam à vinte ou trinta anos isso acho fundamental e isso tem sido talvez a maior falha que nós aqui temos tido em termos de interação dos idosos entre eles e com o meio ambiente pah.
Importância da Educação Social para promover a Saúde Mental		Denomina de apoio, que mantêm as	Não digo Educação isso é um apoio porque uma pessoa com aquela idade já não é educada se tem essas características já metidas dentro porque isso não é educação é apoio e que apoio é que nós podemos dar para que eles não em termos das aptidões que tinham elas não esmoreçam é essencialmente é isso e

		aptidões	se nós consigamos que eles se mantenham num patamar pah horizontal num patamar pah horizontal eu acho que isso é com vocês que vocês é que trabalham com essa coisa acho que para vocês é um sucesso que eu vejo perfeitamente que nós temos aqui pessoas que estão aqui à já temos muito poucas ainda à ai uma ou duas que estão aqui aaaaa seis oito nove quase nove anos e eu vejo perfeitamente que uma pessoa olha para eles e meu Deus esta gente de facto envelheceu envelheceu envelheceu.
	Importância da Educação Social para promover a Inclusão Social	<p>Denomina de apoio</p> <p>Promove as potencialidades cognitivas que levam à inclusão social</p> <p>Através de técnicas estimulam as aptidões</p>	Esses seus chavões terríveis pah (ri) continuo a dizer que não é a educação social no meu entendimento não é esse apoio que como é evidente quando nós apoiamos isso estamos de facto a garantir que certas potencialidades que eles tem pah não esmoreçam e como tem essas possibilidades todas as outras pah potencialidades podem pah ser utilizadas uma delas é por e simplesmente a inclusão social é por e simplesmente o contacto com os outros é a inclusão eles só pode ter inclusão se ter atrás pah um patamar cognitivo que permita chegar lá se ele não tiver não é inclusão social possível podemos fazer o que quisermos que ele, por e simplesmente não à hipótese no meu entendimento atenção. (...) Não eu acho que essencialmente o desafio que vocês pah que tem a parte não só técnica como também lúdica de de com os nossos pah clientes versus utentes pah acho que vocês deviam face ao perfil que eles tem tentar pah tentar com as técnicas que vocês dispõem tentar estimula-los o mais

		dos utentes
--	--	-------------

possível de tal maneira que eles não regridam nas suas aptidões hoje e se possível tenham e presumo que já tenha visto isso que houve pessoas que ganharam aptidões com certos exercícios e com certas técnicas que vocês promoveram quando fizerem isso para vocês deve ser um sucesso terrível e para nós também como instituição para nós é um sucesso e precisamente garantir que isso possa ser possível.

Apêndice VI

Análise de Conteúdo da Entrevista ao Enfermeiro

(Entrevista 3)

Análise de Conteúdo da Entrevista Semi-diretiva ou Semiestruturada

Tema: Promoção da Saúde Mental em Gerontes através da Educação Social –
Um caminho para a Inclusão

Aplicação: Investigadora

Entrevistado: Enfermeiro

Género: Masculino

Idade: 23 Anos

Local de Nascimento: Beja

Habilitações Académicas: Licenciado em Enfermagem

Tempo de Serviço: 1 Ano

Objetivo Geral: Identificar o contexto de intervenção do Lar Quinta São
Sebastião, no concelho de Silves.

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo	Descrição
Dados de identificação	Funções desempenhadas na Instituição	Enfermeiro	Licenciado (...) Enfermagem. (...) Exerço funções de Enfermagem lá. (...) Ahhh cuidas das vá lá cuidas atividades de vida diária de cada pessoa lá institucionalizada...
	Motivação para o trabalho	Gosto pela profissão	Procurei emprego em muitos sítios e foi o único sítio onde me deu resposta. (...) Bem o que é que me motiva é o meu emprego né? (ri) Foi uma coisa que eu sempre quis por isso, é por isso que me pagam é para isso que eu cá estou a tentar fazer o melhor que sei e que posso né?
Caracterização da Instituição	Recursos Humanos em falta	Enfermeiros, fisioterapeutas e animadores	Não há falta de recursos humanos. Faziam falta mais enfermeiros e fisioterapeutas (...) Sim a nível de recursos humanos por exemplo só à uma animadora acho que é vá lá pouco para tanto utente, da unidade e do lar, que essa animadora tem que dar resposta aos utente do lar e da unidade, a unidade serão cerca de 45 o lar 20 cerca de 20 portanto acho que é muito, acho que são muitos utentes.

Recursos Materiais em Falta	Falta de recursos materiais	(...) há falta de recursos materiais.
Clima Institucional entre Recursos Humanos	Péssima relação entre os profissionais devido à política institucional	A nível com os outros profissionais péssima (...) Ahhhh péssima porque primeiro começa, começa logo com um patrão que não cuida dos seus empregados (...) Não os estima (...) A política da instituição devia mudar.
Clima Institucional entre Recursos Humanos e Utentes/Clientes	Boa, devido a estarem diretamente afetos à prestação de cuidados e ao seu reconhecimento	A nível, com os utentes, boa. Muito boa. É muito boa não sei talvez estão diretamente relacionados com os cuidados e essa sim é muito boa e reconheciam-na.
Objetivo da Instituição	“Manter as faculdades de cada pessoa e não deixar que elas se percam de alguma	O objetivo da instituição será ahhh manter vá lá as faculdades de cada pessoa institucionalizada ou deixar ou sim não deixar que elas se percam de alguma forma.

		forma”.	
Representações sociais da pessoa idosa	Carência de apoio social e emocional	“ (...) É uma pessoa normal, como qualquer uma só que tem é 65 anos ou mais que as outras”.	Uma pessoa idosa uma pessoa idosa é uma pessoa que tem mais de 65 anos, 65 ou mais.(...) A imagem que tenho?! Uma imagem normal é uma pessoa normal, como qualquer uma só que tem é 65 anos ou mais que as outras.
Respostas Sociais	Tipologia	Lar e Unidade de Longa Duração e Manutenção	Bem são o Lar e a Unidade.
	Caracterização da resposta social de Lar	“Resposta privada”	Bom no Lar as pessoas pagam para cá estar e pagam muito (...) respostas é (...) privada
	Caracterização da resposta social ULDM	“Acesso mais facilitado às pessoas que revelam maior necessidade”.	(...) agora na unidade já não é bem assim eles pagam uma pequena percentagem para cá estar. (...) acesso mais facilitado às pessoas que revelam maior necessidade
	Caracterização das respostas sociais do	Iguais	Ahhhh bem já tive nas duas e acho que é igual só muda o espaço físico porque as respostas vão ser as mesmas.

	ponto de vista técnico		
	Caracterização das respostas sociais do ponto de vista dos utentes	O lar é uma resposta mais exigente	A diferença é que no lar poderiam ser mais exigentes ou queriam mais atenção do que os outros.
Dinâmicas Sociais	Tipologia das atividades	Animação	No geral que tipo de atividades bom, trabalho com a animadora da unidade portanto a animadora é que dá resposta a essa parte.
	Caracterização das atividades	“Trabalhos manuais, passeios, convívio social”	Trabalhos manuais, passeios, convívio social entre eles.
	Apreciação das dinâmicas realizadas	“Suficientes e eficazes”	Acha que são suficientes e eficazes.
	Caracterização da participação dos idosos	Participativos	Participam mas isso também vai um pouco de encontro à personalidade de cada um, uns gostam mais outros gostam menos mas sim.
Promover a Inclusão Social e a Saúde	Impacto das atividades realizadas na Promoção da Inclusão Social	São desenvolvidas atividades que promovem a inclusão	Tem sido desenvolvidas atividades que tem vindo a promover a inclusão social.

Mental dos gerontes através da		social	
Educação Social	Impacto das atividades realizadas na Promoção da Saúde Mental	São desenvolvidas atividades que promovem a saúde mental	Acha que são promovidas atividades que promovem a saúde mental.
	Sugestão de atividades para Promoção da Inclusão Social	Manter	Manter as atividades de convívio entre eles (...)
	Sugestão de atividades para Promoção da Saúde Mental	Manter	(...) o contacto com a sociedade mas isso é feito de alguma forma.
	Importância da Educação Social para promover a Saúde Mental	É uma forma de promoção da saúde mental	Educação Social poderia ser uma forma de promover a saúde mental.

	Importância da Educação Social para promover a Inclusão Social	É uma forma de promoção da inclusão social	Sim. Tenta trabalhar dentro do ramo dela com os utentes
--	--	--	---

Apêndice VII
Análise de Conteúdo da Entrevista à Psicóloga
(Entrevista 4)

Análise de Conteúdo da Entrevista Semi-diretiva ou Semiestruturada

Tema: Promoção da Saúde Mental em Gerontes através da Educação Social – Um caminho para a Inclusão

Aplicação: Investigadora

Entrevistado: Psicóloga

Género: Feminino

Idade: 27 Anos

Local de Nascimento: Faro

Habilitações Académicas: Licenciada em Psicologia da Educação, pós-graduação em psicopatologia da criança e do adolescente e estou atualmente a terminar a pós-graduação em neuropsicologia pediátrica.

Tempo de Serviço: 4 Anos

Objetivo Geral: Identificar o contexto de intervenção do Lar Quinta São Sebastião, no concelho de Silves.

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo	Descrição
Dados de identificação	Funções desempenhadas na Instituição	Acompanhamento e apoio psicológico, estimulação e reabilitação cognitiva da manutenção das condições cognitivas individual e reabilitação cognitiva em grupo com técnicos multidisciplinares.	“Inicialmente pediram-me para colaborar ao nível do acompanhamento psicológico dos utentes mas quando comecei a contactar com a realidade da idade geriátrica comecei a perceber que o apoio psicológico não seria só uma saída e comecei a verificar necessidades a outros níveis nomeadamente ao nível da estimulação cognitiva da manutenção das condições cognitivas e até do estado geral de saúde, poderiam ser promovidas através de outras atividades (...) Pronto eu faço apoio psicológico e faço a reabilitação cognitiva, o apoio psicológico geralmente é sempre individualizado é feito no quarto só com a pessoa e a reabilitação cognitiva divide-se em duas vertentes pode ser individual ou de grupo. A individual faço atividades que promovam os domínios cognitivos a memória, a atenção, a concentração, linguagem, motricidade fina, motricidade global e por vezes também inclui o apoio psicológico sempre como uma moleta não é? E as atividades de grupo que são realizadas no grupo multidisciplinar que são com diferentes tipos de profissionais, com a animadora sociocultural, com a fisioterapeuta e com a

			terapeuta ocupacional são as atividades que são planeadas em grupo de forma em que numa atividades consigamos incluir vários utentes e trabalhar diversos domínios”.
	Motivação para o trabalho	“experiência muito enriquecedora trabalhar na reabilitação ao longo de toda a vida (...) gosto especialmente da forma como os técnicos são vistos pelos utentes (...) a maior motivação é mesmo verificar nos outros o reflexo do nosso trabalho”	“ Foi uma experiência que surgiu, não foi uma coisa pensada, surgiu e como sempre gostei da parte da reabilitação pediátrica mas achei que seria uma experiência muito enriquecedora trabalhar na reabilitação ao longo de toda a vida e como trabalhei na reabilitação pediátrica, posteriormente ao nível dos jovens e adultos, achei que seria uma experiência muito enriquecedora apesar de não ser uma coisa que tenha perspectivado, surgiu a oportunidade e achei que seria um caminho a seguir (...) Eu gosto especialmente da forma como os técnicos são vistos pelos utentes, gosto da recompensa que os utentes nos dão quando temos qualquer tipo de intervenção com eles, satisfaz-me bastante ver algumas melhorias, não são muito significativas, mas aquelas que verificamos são muito importantes tanto para nós profissionais como para os utentes e a maior motivação é mesmo verificar nos outros o reflexo do nosso trabalho”.
Caracterização da Instituição	Caracterização dos Recursos Humanos	Equipa não é efetiva, pouco coesa, com necessidade de objetivos em comum	“ Sim bastante, nenhuma instituição é perfeita, tal como a nossa, mas a instituição precisa de uma equipa residente, uma equipa mais coesa e que trabalhe, que todos trabalhem com os mesmos objetivos”.

Recursos Humanos em falta	Enfermeiros, animadora, educador social, psicólogo a tempo inteiro, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, fisioterapeuta. Já existem alguns destes técnicos não existem é em número suficiente.	“De modo algum, devido às necessidades dos utentes, às diferentes necessidades, existe uma grande necessidade de profissionais de forma a responder às exigências deste público (...) Atualmente acho que é enfermeiros, os enfermeiros são uma peça fundamental para manter a situação de saúde equilibrada, depois existe uma grande necessidade de haver uma animadora, uma educadora social que desenvolva projetos diariamente com os utentes, respeitando sim a vontade deles ou não de participar, mas que existe uma necessidade permanente do acompanhamento, acho que um psicólogo na instituição que estamos a falar, devido ao número e às características de cada um dos utentes, deveria de haver um psicólogo a tempo inteiro, de forma a poder dar respostas aos acompanhamentos individuais, á reabilitação cognitiva e física também porque acabamos também por trabalhar também a motricidade global e depois a motricidade fina destas pessoas são muito importantes a nível das atividades do quotidiano. Um terapeuta ocupacional, um terapeuta da fala e um fisioterapeuta acho que se todos trabalhasse-mos em equipa, numa equipa coesa que os resultados seriam muito mais benéficos. No entanto já existem estes técnicos não existem o tempo necessário para dar resposta a todos”.
Clima Institucional	Falta de formação da equipa auxiliar;	“Há aqui duas situações distintas verifique auxiliares, penso que, não tenho a certeza mas que por não terem formação nesta área existe muita falta de

	<p>desconhecimento da importância da intervenção dos técnicos; falta de comunicação entre os técnicos; preconceito dos profissionais de enfermagem e médicos em relação à troca de informação com os outros técnicos.</p>	<p>competências, ao nível do tratamento dos utentes e falta de conhecimento relativamente à importância da intervenção dos outros técnicos, os outros técnicos sejam eles enfermeiros, ou animadores, os psicólogos, educadores sociais. Relativamente aos técnicos em si que trabalham também existe falta de comunicação acho que isso é originado devido à falta de tempo que nós temos para nos reunirmos e à grande quantidade de trabalho que à para realizar. Relativamente à classe mais médica e enfermagem com os outros técnicos também ainda existe algum tipo de preconceito relativamente à troca de informação clínica dos utentes”.</p>
Objetivo da Instituição	<p>“Promover uma maior qualidade de vida à pessoa” respondendo às necessidades de saúde.</p>	<p>“ O objetivo é promover uma maior qualidade de vida à pessoa numa situação desfavorecida de saúde e também promover um bom equilíbrio emocional. A parte da unidade é também é responder às necessidades de saúde, mesmo casos um bocadinho mais graves”.</p>

Representações sociais da pessoa idosa	Carência de apoio social e emocional	Pessoa com alguma idade bastante avançada, que pode precisar de cuidados do estado físico e cognitivo ou não, uma vez que a população é muito heterogenia atualmente.	“Uma pessoa idosa é uma pessoa com alguma idade, uma idade já bastante avançada, acho que hoje em dia o termo idoso já é bastante diferente do termo se calhar de à 10 anos atrás ou de à 5 anos atrás. Porque as pessoas como a esperança média de vida aumentou, as pessoas, as pessoas começam a ter necessidades um bocadinho mais tarde independentemente da idade, hoje em dia uma pessoa com 70 anos pode ter um estilo de vida tão ativo que quase não se integra na pessoa idosa. Não é? Mas esta população hoje em dia ainda é muita heterogenia. Uma pessoa idosa é uma pessoa a precisar de cuidados, porque pode ser uma pessoa idosa e não precisar de cuidados, apesar de ter a sua deterioração o seu estado de desenvolvimento que pode levar a uma certa depressão típica do seu estado de desenvolvimento não é? Mas a pessoa idosa a precisar de cuidados que o estado físico e cognitivo está-se a deteriorar e de forma a, retarda-mos o aparecimento da doença ou do estado físico de doença podemos intervir em diversos níveis seja social, pessoal, emocional e de saúde claro”.
Respostas Sociais	Tipologia	ULDM e lar.	“ Atualmente temos duas, a unidade de longa duração e manutenção e o lar residencial. Temos estes dois tipos de respostas”.
	Caracterização da resposta social de Lar	Diferenças socioeconómicas dos utentes e condições de	“ Diferencia não só as características socioeconómicas dos utentes, mas também as características a nível das condições de saúde (...) No lar residencial temos pessoas que até podem estar a nível físico, poderiam estar

		saúde.	em casa, mas que os familiares e elas próprias optam por ter um acompanhamento permanente, de forma a prevenir maiores danos, no entanto (...)”.
	Caracterização da resposta social ULDM	Estado de saúde mais agravado.	“ a unidade já contém pessoas com um estado de saúde mais grave, mais crítico que precisam de cuidados de reabilitação, independentemente da idade que a pessoa tenha”.
	Caracterização das respostas sociais do ponto de vista técnico	Faltam meios e recursos humanos.	“É o que já tínhamos falado quando houver um aumento dos recursos técnicos, quando houver o número de técnicos necessários para todos os utentes, ambas as respostas vão melhorar, nas duas respostas faltam meios, recursos humanos”.
	Caracterização das respostas sociais do ponto de vista dos utentes	Os utentes deveriam continuar a fazer as atividades que realizavam no seu quotidiano, para manter o seu estilo de vida.	“ O tipo de intervenção que se faz com as pessoas, existem atividades do quotidiano, coisas que as pessoas nas suas casas realizavam e que agora não realizam mas que têm capacidades para tal, nunca deveríamos deixar de investir nessas áreas, acho que deveríamos realizar projetos de forma, a que as pessoas continuem de forma a não perderem essas capacidades, para terem um estilo de vida mais aproximado à sua realidade”.
Dinâmicas Sociais	Tipologia das atividades	Animação sociocultural através	“Cada técnico tem a sua intervenção, existe a nível diário um acompanhamento e persistente ao nível diário da animação, que neste caso está

		da estimulação cognitiva e saídas. Sessões individuais de fisioterapia, terapia ocupacional e sessões de grupo com os mesmos técnicos.	a ser assegurado por uma educadora social, onde os utentes fazem atividades, onde é feito um trabalho muito grande ao nível da estimulação cognitiva, consciente ou inconscientemente, mas sim. Fazem saídas, há momentos para as pessoas se aproximarem da comunidade, para não haver um isolamento tal da comunidade não é? Depois existem sessões individualizadas de fisioterapia, terapia ocupacional, existem também sessões de grupo com esses mesmos técnicos e psicologia, assim como o serviço social”.
	Caracterização das atividades	Dinâmica com objetivos específicos, “pouco estabelecidas, precisam de se implementar melhor”.	“São dinâmicas que têm objetivos muito precisos, no entanto, ainda estão pouco estabelecidas, precisam de se implementar melhor”.
	Caracterização das atividades relativamente à quantidade	“Suficientes”	“Suficientes, penso que sim, são suficientes, o número que estão estabelecidos, mas nem sempre se realiza, devido á indisponibilidade dos técnicos, agora na planificação o que existe, acho que são suficientes, mas não são eficazes, devido á indisponibilidade dos técnicos aos horários em que são realizadas”.
	Caracterização das atividades relativamente à eficácia	Pouca eficácia.	“Essa é uma pergunta um bocadinho difícil, porque devido à disponibilidade dos técnicos, não são realizados nos melhores horários, logo a eficácia não será a pretendida”.

	Caracterização da participação dos idosos	Inicialmente mostram-se reticentes, mas depois quando não há sentem-se com a ausência	“ Há algumas reservas por parte dos idosos mas isso também se deve a não haver uma manutenção ou uma rotina diária das atividades, estou a falar das de grupo não é?! Os utentes acabam por inicialmente ir um bocadinho contrariados, mas quando existe a falta eles ressentem-se e sentem essa necessidade, eu acho que para eles, para alguns deles, também temos que ter em consideração o estilo de vida que cada um tinha e a participação ativa que cada um tinha e isso é que determina a participação deles ou não é difícil estar a classificar porque tínhamos que respeitar isso e neste momento não tenho aqui dados para responder”.
Promover a Inclusão Social e a Saúde Mental dos gerentes através da Educação Social	Impacto das atividades realizadas na Promoção da Inclusão Social	“ é uma coisa que é difícil (...) mas não existe uma grande integração na sociedade” o que condiciona a inclusão.	“ Ainda faltam mais atividades a este nível se por exemplo isto é uma ideia muito idealista se calhar da minha parte mas se tivéssemos utentes que participassem, isto é um exemplo no rancho folclórico, em associações da comunidade, á utentes que tem capacidades para isso e neste momento e é uma coisa que é difícil tinha que haver mesmo uma grande coesão de profissionais para que pudéssemos proporcionar este, este facto, mas não existe uma grande integração na sociedade não existe uma saída na localidade, não existe uma ida á missa isso é um exemplo não é?! Das características dos nossos utentes, isso está a condicionar a inclusão não é?! Estamos a isola-los cada vez mais, falta essa parte”.
	Impacto das atividades	“ sim penso que sim”,	“Sim o facto de haver sistematicamente e diariamente atividades diferenciadas,

	realizadas na Promoção da Saúde Mental	mas podia melhorar	penso que isso seja uma promoção da saúde mental, uma vez que as pessoas não estão durante todo o dia focadas nelas próprias e na sua condição de saúde, mas sim penso que sim, mas também acho que se poderia fazer mais”.
	Sugestão de atividades para Promoção da Inclusão Social	O clube do teatro, clube do avô, ir comprar uma revista, beber um chá.	“ Ou outro tipo de atividades á vezes á o clube do teatro á o clube do avô, penso que aí íamos ter uma verdadeira inclusão, e não estar a tirar as pessoas do seu meio, do em que estão habituados, existem por vezes grupos de utentes que tem capacidade para se deslocar para ir a umas compras, para ir comprar uma revista para ir beber um chá e podíamos proporcionar isso, mas no entanto como digo é uma situação muito complicada tinha que haver uma grande articulação entre os técnicos, para que lhes consigam proporcionar e responder às necessidades de cada um“.
	Sugestão de atividades para Promoção da Saúde Mental	Ao promover a inclusão social estamos a promover a saúde mental	“ O facto de estarmos a proporcionar às pessoas a inclusão na sociedade estamos a promover a saúde mental porque a pessoa começa a estar inserida no meio natural e não está simplesmente integrada num lar onde se verifica, onde muitos utentes manifestam demências, estados cognitivos deteriorados esse facto já estávamos a trabalhar, as outras atividades que são realizadas durante todo o dia, também são promotoras da saúde mental, no entanto, nós sabemos que ao existirem duas respostas sociais um técnico não pode estar nos dois sítios ao mesmo tempo, teria que haver um técnico exclusivamente para

			cada resposta”.
	Importância da Educação Social para promover a Saúde Mental e a Inclusão Social	“ Sem dúvida alguma”	“Sem dúvida alguma o facto de termos uma pessoa a trabalhar nesta área, isso quereria dizer que iríamos ter pessoas a trabalhar em projetos que visam uma maior inclusão, que visam uma maior promoção da saúde mental e ao nível social destes utentes e aí íamos ter um acompanhamento mais individualizado e mais específico”.

Apêndice VIII
Análise de Conteúdo da Entrevista ao Médico
(Entrevista 5)

Análise de Conteúdo da Entrevista Semi-diretiva ou Semiestruturada

Tema: Promoção da Saúde Mental em Gerontes através da Educação Social – Um caminho para a Inclusão

Aplicação: Investigadora

Entrevistado: Administrador/ Diretor Clínico/Médico Fisiatra

Género: Masculino

Idade: 63 Anos

Local de Nascimento: Beja

Habilitações Académicas: Licenciado em medicina, pela faculdade de medicina de Lisboa, especialista em medicina física de reabilitação e tenho como pós graduação medicina desportiva e hidrologia médica pela ordem dos médicos, ordem regional do sul

Objetivo Geral: Identificar o contexto de intervenção do Lar Quinta São Sebastião, no concelho de Silves.

Categorias	Subcategorias	Unidade de Registo	Descrição
Dados de identificação	Funções desempenhadas na Instituição	Diretor clinico, sócio, médico fisiatra	“ trabalho também no Lar Quinta São Sebastião, onde sou diretor clinico (...) qual eu sou sócio também (...) O trabalho junto dos idosos à sempre uma observação um exame objetivo uma história, recolha da história clínica dos utentes depois á o exame objetivo observação de cada um individual e depois á o tratamento a prescrição terapêutica, na prescrição terapêutica á medicamentos, medicamentosa á também a prescrição de reabilitação fisica, normalmente chama-se fisioterapia, também pode haver prescrição de terapia ocupacional que é mais em grupo e de apoio de psicóloga, apoio de nutrição, nutricionista, apoio da animadora portanto tudo isso faz parte de um conjunto de apoios que as pessoas necessitam e que coordeno.”
	Motivação para o trabalho	Dar resposta às necessidades da população regional, gosto pelo trabalho com idosos	“ para damos resposta á longa lista de pessoas que estavam internadas nas unidades hospitalares acabamos por decidir abrir um projeto privado e portanto foi para dar resposta fundamentalmente às necessidades que haviam da população regional (...) Motiva-me o gosto que eu tenho em trabalhar com pessoas deste grupo etário”

Caracterização da Instituição	Caracterização dos Recursos Humano	Recursos “razoáveis, bastante bons”. Flutuação de enfermeiros. Reforço da equipa com mais uma assistente social.	Eu penso que neste momento os recursos estão praticamente preenchidos (...) mas portanto temos os recursos já muito razoáveis, bastante bons (...) a flutuação de técnicos de enfermagem tem sido muito grande (...) portanto nós temos uma assistente social que responde a essa situação, aliás neste momento até temos duas assistentes sociais, reforçamos a equipa.
	Recursos Humanos em falta	Psicogerontólogo e psiquiatra.	(...) a psicogerontologia será eventualmente uma área eventualmente poderemos avançar para aí (...) por uma questão de custos se bem que será uma área potencialmente a criar ou seja o apoio do psiquiatra na instituição é uma situação que eu estou a ponderar seriamente.
	Clima Institucional	Boa relação entre os técnicos e entre os técnicos e os utentes.	“ Eu penso que a relação é boa, bastante boa portanto é claro que há dificuldades de vez enquanto pontuais de modo geral a relação entre os técnicos e os utentes e vice-versa e entre os técnicos eu acho que é boa até se pode dizer que é excelente, nunca houve assim grandes problemas de modo geral é boa.”
	Objetivo da Instituição	“Ter algum lucro para os sócios.” Tratamentos com qualidade.	“O Lar Quinta São Sebastião como já referi é uma unidade privada portanto o objetivo como unidade privada é ter algum lucro para os sócios, obviamente sendo uma unidade lucrativa tem que ter o equilíbrio com a prestação de qualidade e portanto nesse sentido temos um grande enfoque na qualidade dos

			tratamentos, temos uma equipa bastante vasta para permitir essa qualidade, recentemente reforçamos a equipa e portanto, obvio mas pelo menos tentamos não perder dinheiro, ou seja, será esse o objetivo número um é apostar em qualidade os nossos apoios e se for possível ter algum lucro com isso tudo bem”.
	Encaminhamento	Recebem pessoas das zonas limite de Alcantarilha e Armação de Pêra	“(…) portanto as respostas sociais portanto todas as chamadas que nos procuram, as pessoas que nos procuram nos tentamos dar resposta é evidente que neste momento passamos a ter um espaço físico já com lista de espera mas pensamos que estamos a dar uma resposta bastante razoável, algumas instituições de solidariedade pedem-nos vagas concretamente as zonas limites de Alcantarilha e Armação de Pêra, têm-nos pedido algumas vagas nós disponibilizamos essas vagas e enfim procuramos dar essa resposta”.
Representações sociais da pessoa idosa	Carência de apoio social e emocional	“A pessoa idosa (...) é um equilíbrio entre a função física e psíquica e portanto a parte emocional”	“A pessoa idosa á duas componentes fundamentais um a parte fisiológica e outro a parte psicológica á pessoas idosas que tem 30 anos e á pessoas idosas com 90 anos que têm uma mente bastante jovem, portanto á um equilíbrio entre a função física e psíquica e portanto a parte emocional é a parte mais importante do idoso não se pode olhar para o bilhete de identidade e dizer que a pessoa é idosa isso não é suficiente.”
Respostas	Caracterização da	“projeto privado” com	“ Bem o Lar Quinta São Sebastião é um projeto privado (...) a única situação é

Sociais	resposta social de Lar	alguns quartos individuais, têm melhores condições físicas, mas com recursos humanos iguais.	que alguns utentes do lar privado estão em quartos individuais, mas isso é exceccionalmente é evidente que esses tem melhores condições físicas mas tudo o resto todos os recursos humanos são iguais”.
	Caracterização da resposta social ULDM	Diferença burocrática, administrativa, com os mesmos benefícios”.	“ Bom isso é uma diferença apenas burocrática, administrativa, porque na realidade as pessoas da Unidade têm os mesmos benefícios do que as pessoas do lar privado, temos os mesmos recursos humanos portanto não há diferença, nós não podemos estabelecer diferenças entre as pessoas portanto as pessoas são iguais, tendencialmente iguais dependendo de alguns gostos pessoais (...) ”.
Dinâmicas Sociais	Tipologia das atividades	A animadora faz saídas ao exterior e atividades lúdicas individuais e em grupo. A fisioterapia, terapia ocupacional e a psicóloga clinica fazem tratamentos	“Temos uma animadora que presta esse apoio faz saídas para o exterior, a animadora presta serviço individual ou em grupo de atividades lúdicas e portanto temos uma fisioterapeuta que faz quer tratamentos individuais quer em grupo, temos uma terapeuta ocupacional também tratamentos individuais e em grupo visando outras e em complemento com a anterior, temos uma psicóloga clinica que na sua área também presta esse trabalho, temos duas assistentes sociais e depois temos toda uma gama de enfermeiros, neste momento temos 16 enfermeiros a tempo inteiro e temos 3 médicos que nos

		individuais e em grupo. A terapia ocupacional faz atividades uteis para as pessoas e para a sociedade, relacionadas com as atividades que as pessoas faziam anteriormente.	dão apoio (...) de ou da terapia ocupacional, porque a terapia ocupacional permite dar uma visão de restos do que as pessoas faziam no dia-a-dia por exemplo uma pessoa que foi agricultor e que está aposentada vai sempre gostar que lhe mostrem plantas ou terras e que nem que seja meia hora por dia trabalhar nessa área, uma pessoa se é costureira pois pode gostar certamente que se façam tarefas ligadas com a costura e isso pode ser integrado no espírito das pessoas as pessoas ficam sempre com a possibilidade de fazer algo útil para eles próprios e para a sociedade”
	Apreciação das dinâmicas realizadas	Boas, mas podem melhorar.	“Bem nós podemos fazer sempre o bom é inimigo do muito bom portanto eu penso que o mudar pode haver mais indicação em grupos, tratamentos em grupo, saídas para o exterior também são importantíssimas a relação com o meu ambiente e tentar inserir as pessoas no meio circundante é extremamente importante o apoio (...)”
	Caracterização das atividades relativamente à quantidade	Suficientes	“Eu penso que são suficientes(...)”
	Caracterização das atividades relativamente	Tem períodos de eficácia	“ eficácia temos tido períodos melhores neste momento estamos numa altura de fixação do quadro de recursos humanos, a nossa grande dificuldade foi

	à eficácia		enfermagem (...) o que nos provoca alguns problemas, mas sem ser esse problema pois não temos tido assim grandes dificuldades é claro que podemos fazer melhor pode sempre fazer-se melhor”.
	Caracterização da participação dos idosos	Depende da situação clinica	“Dependendo da situação clinica de cada um, temos utentes que não colaboram nada ou dificilmente colaboram, temos outros que são que olham com muito agrado o que os técnicos lhe propõe e portanto colaboram razoavelmente bem, mas isso depende cada caso é um caso.”
Promover a Inclusão Social e a Saúde Mental dos gerontes através da Educação Social	Impacto das atividades realizadas na Promoção da Inclusão Social	Sim	“Sim, achamos que sim.”
	Impacto das atividades realizadas na Promoção da Saúde Mental	A nível clinico está controlado	“ A saúde mental é difícil responder a essa questão, a saúde mental do ponto de vista clinico está controlado, temos psicólogo temos médico que o apoiam, temos consultas de psiquiatria no centro hospitalar de apoio, pois não temos um psiquiatra que nos apoie concretamente (...) ”.
	Sugestão de atividades para Promoção da Inclusão Social	Apoio pelas entidades responsáveis da saúde local.	A inclusão social passa por um maior apoio por parte das entidades responsáveis da saúde local, o Algarve está desprovido de o apoio mínimo a nível de consultas de psiquiatria existem muito poucos psiquiatras nos hospitais, temos uma descompensação temos que enviar o doente para Faro, Portimão por exemplo não tem psiquiatras de apoio mesmo Faro muitas vezes

			<p>não há psiquiatras o que obriga até a que alguns utentes ir até ter que ir a Lisboa em caso de urgência psiquiátrica, a nível de psicólogos clínicos temos bastantes psicólogos clínicos e portanto ai temos apoio, não existem instituições com internamento de saúde mental portanto isso é uma carência que o Estado não nos dá, por um lado à um mix uns com problemas mentais, outros com problemas neurológicos, outros com problemas da área cardíaca, respiratória enfim é um amolga-ma de utentes o que não ajuda também a tratar esses utentes se bem que eu seja a favor de não se segregar esses utentes a instituições, portanto esse é um dos pontos nós podemos e devemos receber um doente da área mental, obviamente com cuidados portanto é a isso que eu respondo.</p>
	Sugestão de atividades para Promoção da Saúde Mental	Saídas ao exterior, interação com as famílias e/ou cuidadores em grupo, trabalhos de grupo na instituição e no exterior.	Uma delas é a saída para o exterior, outra delas é a interação com as famílias ou os cuidadores em grupos, pequenos grupos, por outro lado trabalhos de grupo quer na instituição quer no exterior penso que é isso que é importante
	Importância da Educação	Sim	“Sim, sim muito com certeza, acho que sim.”

	Social para promover a Saúde Mental		
	Importância da Educação Social para promover a Inclusão Social	Sim	“Também, sim.”

Apêndice IX

Análise de Conteúdo do Teste de Avaliação Neuropsicológica Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem- Estar em Gerontes (Faria, et al, 2012)

Análise de Conteúdo do Teste de Avaliação Neuropsicológica

Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem- Estar em Gerontes

(Faria, et al, 2012)

Dimensão	Sub-dimensão	Análise dos dados
Estado de Consciência	Orientação	<p>- Revela orientação espacial, temporal (U1)</p> <p>- Revela orientação espacial, a nível temporal, a pessoa não se recorda da sua idade, de quando se comemora o Dia do Trabalhador e do Dia da Implantação da Republica (U2)</p> <p>- Revela orientação espacial e temporal mas não consegue lembrar-se o que fez no dia atual e no dia anterior. Recorda as datas de todas as efemérides com exceção do Dia da Implantação da Republica. A idosa não recorda o local onde reside, nem a data do casamento (U3).</p> <p>- Não revela orientação espacial nem temporal, somente recorda o nome, idade, local onde nasceu e estado civil (U4)</p>
	Nível Pré-Mórbido	- Respondeu às questões, com coerência (U1, U2, U3, U4).
	Atitude do geronte face à sua situação	<p>A – Sente-se com pouca força (U1)</p> <p>A -Sente-se bem (U2)</p> <p>A- Sente-se mais ou menos (U3)</p> <p>A- Sente-se um bocadinho cansada (U4)</p> <p>B- Identifica o local onde está e sabe quando chegou ao mesmo (U1, U2).</p> <p>B- Identifica a freguesia a que pertence o local (U3).</p> <p>B- Não identifica o local onde está de forma correta (U4)</p> <p>C- Identifica o nome do médico (U1)</p> <p>C- Não identifica o nome do médico (U2, U3, U4).</p> <p>D- Identifica o entrevistador (U1, U2, U3, U4).</p> <p>E- Não se descontrola com facilidade (U1).</p> <p>E- Por vezes descontrola-se com facilidade (U2)</p> <p>E- Descontrola-se com facilidade (U3, U4).</p> <p>F- Não consegue realizar bem o seu trabalho habitual (U1).</p>

		<p>F- Realiza bem o seu trabalho, nas atividades atuais (U2, U3, U4).</p> <p>G- Tem dificuldades específicas em mexer os braços e suportar o seu peso nas pernas (U1).</p> <p>G- Tem dificuldades específicas em andar (U3).</p> <p>G- Não tem dificuldades específicas (U2, U4)</p> <p>H- Obtém uma relação instável com a família (U1).</p> <p>H- Não obtém uma boa relação familiar (U3).</p> <p>H- Obtém uma relação estável com a família (U2, U4).</p>
Principais queixas	Queixas subjetivas e espontâneas	<p>A- Triste (U1).</p> <p>A -Bem (U2)</p> <p>A- Sente dores na perna e isso descontrola-a (U3).</p> <p>A- Sente cansaço (U4)</p> <p>- Não sente que alguma coisa está mal com ela mesma (U1, U2, U3, U4).</p> <p>- As Queixas localizam-se no corpo todo que dói (U1)</p> <p>- As queixas localizam-se nas pernas, onde sente umas picadas nas pernas (U2)</p> <p>- Queixa- se da cabeça e da perna (U3)</p> <p>- Sente cansaço no coração e gostava de saber ler e escrever e dizer bem as coisas (U4)</p> <p>B- Quase sempre sente ansiedade, devido a promessas que irá a casa (U1)</p> <p>B- Não sente Ansiedade (U2, U3)</p> <p>B- Por vezes sente ansiedade (U4)</p> <p>- Por vezes não dorme muito bem (U1, U3)</p> <p>- Dorme bem (U2, U4)</p> <p>C- Por vezes sente demasiada fome, mas não sente sede (U1).</p> <p>C- Sente demasiada fome e sede (U2)</p> <p>C- Não sente demasiada fome, mas às vezes sente demasiada sede (U3, U4).</p> <p>D- Cuida da sua imagem pessoal (U1, U2, U3, U4)</p> <p>E- Toma banho todos os dias (U1, U2, U3, U4)</p> <p>F- Não sente alterações no seu comportamento sexual (U1, U2, U4).</p> <p>F- Não se lembra se nota mudanças no seu comportamento sexual (U3)</p>
	Queixas	<p>G- Raras as vezes que tem dores de cabeça e sabe localizá-las (U1, U4)</p>

	generalizadas	<p>G- Às vezes tem dores de cabeça e sabe localizá-las (U2)</p> <p>G - Tem dores de cabeça e sabe localizá-las (U3)</p> <p>- São as únicas queixas (U1, U3, U4)</p> <p>- Queixam-se dos diabetes (U2)</p> <p>H- Alguma perda de visão (U1, U3, U4)</p> <p>H- Não tem tido perdas de visão (U2)</p> <p>- Já há alguns anos (U1, U3, U4)</p> <p>I- Tem dificuldades de audição há muitos anos (U1).</p> <p>I -Não tem dificuldades de audição (U2, U3, U4).</p> <p>J- Queixa-se de falta de força (U1)</p> <p>J- Queixa-se de uma dor nas costelas (U2)</p> <p>J- Não tem qualquer outra queixa (U3, U4)</p> <p>K – Tem pouca capacidade de iniciativa (U1, U4)</p> <p>K- Tem capacidade de iniciativa (U2, U3)</p> <p>L- Sente-se mais cansado que o habitual (U1, U3, U4)</p> <p>L- Não se sente mais cansada que o habitual (U2)</p> <p>M- Não sente dificuldade de memória (U1)</p> <p>M- Por vezes sente dificuldade de memória (U2, U3, U4)</p> <p>- Esquece-se do que aprendeu (U2)</p> <p>- Esquece-se do lugar das coisas (U3, U4)</p> <p>N- Esquece-se do que lê se as letras forem pequenas, se forem grandes não. Não se esquece do que aconteceu ontem, nem do que aconteceu à uma hora. Às vezes custa-lhe encontrar as palavras corretas. Tem dificuldade em escrever por ter pouca força na mão (U1)</p> <p>N- Esquece-se do que lê e do que aconteceu ontem às vezes, mas não se esquece do que ocorreu à uma hora. Não lhe custa encontrar as palavras corretas, nem tem dificuldades em escrever (U2)</p> <p>N- Esquece-se do que lê, do que aconteceu ontem, mas não do que aconteceu à uma hora. Custa-lhe encontrar as palavras corretas. Tem dificuldades em escrever (U3)</p> <p>N- Às vezes esquece-se do que aconteceu ontem e do que aconteceu à uma hora. Custa-lhe encontrar as palavras corretas (U4)</p> <p>O- Não se esquece do que se propõe fazer (U1, U2)</p> <p>O- Esquece-se das coisas que se propõe fazer (U3, U4)</p>
	Queixas sobre os sintomas	<p>A- Não tem desmaiado (U1, U2, U4).</p>

	específicos episódicos	<p>A – Desmaia algumas vezes, mas não se lembra de sensações ou experiências relacionadas (U3)</p> <p>B- Nunca lhe pareceu ver coisas (U1, U2, U4)</p> <p>B - Não se lembra se já alguma vez lhe pareceu estar a ouvir coisas (U3)</p> <p>C- Nunca lhe pareceu que os objetos que está a olhar estão a mudar de tamanho ou forma (U1, U2, U4)</p> <p>C- Por vezes parece-lhe que os objetos para os quais está a olhar estão a mudar de tamanho e forma (U3)</p> <p>D- Nunca sentiu estar a ouvir coisas (U1, U2, U4)</p> <p>D- Às vezes acontece sentir estar a ouvir coisas (U3)</p> <p>- Vozes de pessoas, mas não as via (U1)</p> <p>E- Por vezes as músicas transformam-se em ruídos, sim (U1, U3, U4)</p> <p>E- A música não se transforma em ruído (U2)</p> <p>F- Tem percecionado sabores e odores especiais (U1, U4).</p> <p>F- Não tem percecionado sabores e odores especiais (U2)</p> <p>F- Tem percecionado sabores especiais, mas não tem olfato. Sim (U3)</p> <p>G- Não tem percecionado sensações no seu corpo (U1, U2, U4)</p> <p>G- Tem percecionado sensações no seu corpo, sim (U3)</p> <p>- Sente somente as mãos mais pequenas e comichão (U3)</p>
	Queixas sobre sintomas constantes e de evolução progressiva	<p>A- Sente que os seus sintomas visuais, auditivos e motores pioraram (U1, U4)</p> <p>A -Sente que os sintomas visuais e motores pioraram (U2)</p> <p>A- Sente que os sintomas motores pioraram (U3)</p>
	Queixas sobre transtornos nas funções complexas	<p>A- Não tem dificuldade em orientar-se (U1, U2)</p> <p>A- Tem dificuldades em orientar-se, no espaço (U3, U4)</p> <p>B- Tem problemas a vestir-se e despir-se (U1, U3)</p> <p>B- Tem problemas só em vestir e despir as calças (U2)</p> <p>B- Não tem problemas em vestir-se ou despir-se (U4)</p> <p>C- Tem problemas em ler ou escrever (U1)</p> <p>C- Não tem problemas em ler ou escrever (U2, U3)</p> <p>D- Não observou mudanças na compreensão daquilo que as pessoas lhes dizem (U1)</p> <p>- Não é com esforço que segue o que lhe é dito nas conversações (U1)</p> <p>D- Observou mudanças na compreensão daquilo que as pessoas lhes</p>

		<p>dizem (U2, U3, U4)</p> <p>- Às vezes é com esforço que segue o que lhe é dito nas conversações (U2, U3, U4)</p> <p>E- Não lhe é difícil falar espontaneamente (U1, U4)</p> <p>- Acontece por vezes gaguejar para articular as palavras (U1, U4)</p> <p>- Não tem problemas em pronunciar (U1)</p> <p>E- É difícil falar espontaneamente (U2, U3)</p> <p>- Às vezes Gagueja para articular as palavras (U2, U3)</p> <p>- Não tem problemas de pronunciar (U3)</p> <p>- Tem problemas de pronunciar (U2, U4)</p> <p>F- Não tem problemas de cálculo (U1, U2, U3)</p> <p>F- Às vezes tem problemas de cálculo, devido a não ter andado na escola (U4)</p>
Apoio Social	Redes de suporte informal - vizinhos e familiares	<p>A- Sente-se bem no sítio onde vive? Não (U1) Sempre viveu aqui, ou onde vivia antes? Não (U1)</p> <p>- Sítio da Torre, perto de Armação de Pera (U1)</p> <p>A- Sente-se bem no sítio onde vive? Sim (U2, U3, U4) Sempre viveu aqui, ou onde vivia antes? Não (U2, U3, U4)</p> <p>- Em Lagoa (U2)</p> <p>-Sítio das Alfarrobeiras, sabino Correia (U3)</p> <p>- No campo em Lagoa (U4)</p> <p>B-Com quem vive? Com os outros utentes (U1, U2, U3)</p> <p>B-Com quem vive? Na escola, com as professoras (U4)</p> <p>C- Que tipo de relação mantem com os vizinhos? Boa, dou-me bem com eles (U1, U2, U3, U4)</p> <p>D- Encontra-se satisfeito com as relações de vizinhança? Sim (U1, U2, U4)</p> <p>D- Encontra-se satisfeito com as relações de vizinhança? Sente-se obrigada a estar satisfeita com as relações de vizinhança (U3)</p>
	Isolamento Social	<p>A- Quanto tempo passa sozinho por dia? Nunca está sozinha (U1, U2, U3, U4)</p> <p>B- Tem algum confidente com quem sente que pode sempre desabafar/ partilhar os seus problemas/ recorrer numa situação de emergência? Sim, com a filha (U1)</p> <p>B- Tem algum confidente com quem sente que pode sempre desabafar/ partilhar os seus problemas/ recorrer numa situação de emergência? Sim, com o marido (U2)</p>

		<p>B- Tem algum confidente com quem sente que pode sempre desabafar/ partilhar os seus problemas/ recorrer numa situação de emergência? Não tem com quem desabafar (U3)</p> <p>B- Tem algum confidente com quem sente que pode sempre desabafar/ partilhar os seus problemas/ recorrer numa situação de emergência? Sim, com a sobrinha (U4)</p> <p>C- Costuma receber visitas? Sim, costuma receber visitas do marido, filho, filha, comadre e genro, quase todas as semanas (U1)</p> <p>C- Costuma receber visitas? Sim, costuma receber visitas do marido, filhas e netos, duas vezes por semana (U2)</p> <p>C- Costuma receber visitas? Não se lembra se costuma receber visitas (U3)</p> <p>C- Costuma receber visitas? Sim, costuma receber visitas de amigos e sobrinhos, com alguma frequência (U4)</p>
	Relações de Amizade	<p>A- Quem são os seus melhores amigos? O marido, filhos e netas (U1)</p> <p>A- Quem são os seus melhores amigos? Um colega, as funcionárias e a Animadora Sociocultural (U2)</p> <p>A- Quem são os seus melhores amigos? A Animadora Sociocultural (U3)</p> <p>A- Quem são os seus melhores amigos? As sobrinhas e o sobrinho (U4)</p> <p>B-Com quem gosta de estar? Com os colegas de quarto, família, com toda gente (U1)</p> <p>B- Com quem gosta de estar? Com o marido e com os netos (U2)</p> <p>B- Com quem gosta de estar? A Animadora Sociocultural (U3)</p> <p>B-Com quem gosta de estar? Com quase toda gente, com a família, conhecidos (U4)</p>
Atividade	Atividades preferidas/praz enteiras	<p>A- O que gosta de fazer? Ler, escrever, cozinhar, coser, fazer croché (U1)</p> <p>A-O que gosta de fazer? Todas as atividades que faço aqui, bolsas, desenhar, ginástica, passear na carrinha (U2)</p> <p>A-O que gosta de fazer? Passar a ferro, comer, ler um livro, lavar a roupa, cozinhar (U3)</p> <p>A-O que gosta de fazer? Tudo o que vem à mão, cozinhar, atividades (U4)</p> <p>B-Como ocupa os seus tempos livres? Fazer ginástica, jogar Bingo, escrever (U1)</p> <p>B-Como ocupa os seus tempos livres? Na ginástica, lanchar na rua, com as atividades todas (U2)</p> <p>B-Como ocupa os seus tempos livres? Não se lembra (U3)</p> <p>B- Como ocupa os seus tempos livres? Com as atividades (U4)</p>

		<p>C-O que é que lhe dá mais prazer fazer no seu dia-a-dia? Ler, escrever, falar com os colegas e com as pessoas que trabalham aqui (U1)</p> <p>C-O que é que lhe dá mais prazer fazer no seu dia-a-dia? “Fazer exercícios ao cérebro, escreve, fazer bolos” (U2)</p> <p>C-O que é que lhe dá mais prazer fazer no seu dia-a-dia? Não se lembra (U3)</p> <p>C- O que é que lhe dá mais prazer fazer no seu dia-a-dia? Renda e bolos acompanhada (U4)</p>
Saúde Mental	Avaliação da Saúde e do Bem-estar	<p>Em termos de bem-estar geral, como se sente? Sinto um vazio na alma, triste por estar doente e fechada (U1)</p> <p>Em termos de bem-estar geral, como se sente? Sinto-me bem (U2)</p> <p>Em termos de bem-estar geral, como se sente? Bem, mas com dores na perna (U3)</p> <p>Em termos de bem-estar geral, como se sente? Bem (U4)</p> <p>Questionário de Saúde Geral (Goldberg, adaptado por Faria, 1999)</p>
	Promoção da Saúde Mental	<p>O que acha que pode fazer para promover a sua saúde mental? Não pensar naquilo que não posso melhorar de forma nenhuma e ir para casa (U1)</p> <p>O que acha que pode fazer para promover a sua saúde mental? Exercícios ao cérebro, fazer bolos e escrever (U2)</p> <p>O que acha que pode fazer para promover a sua saúde mental? Ler um bocadinho (U3)</p> <p>O que acha que pode fazer para promover a sua saúde mental? Fazer as coisas que gosta de fazer e fazer com gosto (U4)</p>
Envelhecimento	Envelhecimento bem-sucedido	<p>O que é um envelhecimento bem-sucedido? São pessoas que não saem de casa delas e que estão acompanhadas pela sua família (U1)</p> <p>O que é um envelhecimento bem-sucedido? É tratar bem as pessoas, dar-lhe comer, dar-lhes banho e vesti-las (U2)</p> <p>O que é um envelhecimento bem-sucedido? É estar bem (U3)</p> <p>O que é um envelhecimento bem-sucedido? É uma pessoa fazer as coisas com gosto (U4)</p> <p>O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem-sucedido? Estar em casa, com alguém que lhe faça companhia como por exemplo uma filha (U1)</p> <p>O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem-sucedido? É tratar bem as pessoas, serem educados e terem mais saúde (U2)</p> <p>O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem-sucedido? É falar bem com os amigos (U3)</p> <p>O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem-sucedido? Ver as coisas que se gosta e fazer o que se gosta (U4)</p>

Anexos

Anexo I
Parecer do Lar Quinta São Sebastião, Lda.



Parecer

Eu Marta Cabrita, Diretora Técnica do Lar Quinta São Sebastião, Lda. dou o meu parecer é favorável para a realização da investigação/dissertação de mestrado, no âmbito da temática "Promoção da Saúde Mental em Gerontes através da Educação Social – A caminho para a Inclusão", na Unidade de Longa Duração e Manutenção Quinta São Sebastião, no Algoz, enviado por Tatiana Filipa Silva Mestre, aluna do Mestrado de Psicogerontologia Comunitária (3ª Edição), do Instituto Politécnico de Beja, na Escola Superior de Educação, junto dos utentes da Unidade de Longa Duração e Manutenção da Quinta São Sebastião, no Algoz.

Atenciosamente,

Algoz, 10 de Dezembro de 2014

A Diretora Técnica

LAR QTA. S. SEBASTIÃO, LDA.
Matr. 506 786 030 C.R.C. Silva
Quinta São Sebastião, 6006-01 Algoz
Quinta S. Sebastião • 8375-080 ALGOZ
Telf.: 282 570 570 | Fax: 282 570 579

Anexo II

Teste de Avaliação Neuropsicológica

Entrevista Semiestruturada sobre Saúde Mental e Bem- Estar em
Gerontes

(Faria, et al, 2012)

TESTE DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA
ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA SOBRE
SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR EM GERONTES
(FARIA, *et al*, 2012)

Entrevista Semiestruturada para realização de Anamnese

A presente entrevista tem como principal objetivo recolher informação sobre a saúde mental e o bem-estar do(a) geronte. Assim, permite realizar uma anamnese aprofundada para obter informação acerca de dados sociodemográficos e recolher informação sobre dados relativos ao historial de saúde e de dificuldades funcionais do sujeito, ao apoio social percebido, à atividade, ao estado de saúde mental e à percepção de envelhecimento.

PARTE I - Entrevista prévia

Estado de consciência do paciente

Orientação

- A) Como se chama? _____
- B) Idade _____ Data de nascimento _____
- C) Onde nasceu? _____
- D) Que dia é hoje? _____ Em que mês estamos? _____ em que ano
estamos? _____ Que horas são? _____ O que fez
hoje? _____ e ontem? _____
- Em que data se celebra o Natal? _____ E o dia da independência de
Portugal? _____ Qual é o dia do trabalhador?
_____ e o dia da Implantação da República?
_____ Onde reside? _____ é
casado(a)? _____ Qual a data do seu
casamento? _____ tem filhos? _____ Quantos anos
têm? _____.

Nível pré-mórbido

- A) Nome da professora primária _____
- B) Em que escola estudou? _____
- C) Qual o grau académico alcançado? _____ Quando? _____
- D) Qual foi/é a sua profissão? _____
- E) Há quando tempo desempenha/desempenhou essa
profissão? _____
- F) Onde trabalhou antes? _____
- G) O que faz aos Fins-de-semana? _____
- H) O que faz durante a semana? De manhã? _____ De
tarde? _____ e à noite? _____
- I) Que coisas despertam o seu interesse? _____

A atitude do paciente face à sua situação

- A) como se sente? _____
- B) Onde está agora? _____ Quando chegou
cá? _____
- C) Qual o nome do seu médico assistente? _____
- D) Quem sou eu? _____ Conhecia-me anteriormente? _____
- E) Descontrola-se com facilidade? _____
- F) Pode realizar bem o seu trabalho habitual? _____
- G) Tem dificuldades específicas nele? _____
- H) Como é a sua vida familiar? _____

Observações: _____

Principais queixas do paciente

Queixas subjetivas e espontâneas

- A) Como se sente? _____ Sente que alguma coisa está mal consigo?
(tente explicar como se sente) _____ Onde se localizam as suas
queixas? _____
- B) Por vezes sente ansiedade? _____ Como é o seu sono
normal? _____
- C) Sente demasiada fome? _____ e sede? _____
- D) Cuida da sua imagem pessoal? _____
- E) Toma banho quantas vezes por semana? _____
- F) Notou recentemente alguma mudança no seu comportamento sexual? _____

Queixas generalizadas

- G) Tem dores de cabeça? _____ Pode descrever como são? _____ onde se
localizam? _____ Esta é a sua única queixa? _____
- H) Tem tido perdas de visão? _____ Quando deu
conta? _____
- I) Tem dificuldades de audição? _____ Quando
começaram? _____
- J) Não tem qualquer outra queixa? _____
- K) Acredita ter perdido a sua capacidade de iniciativa? _____
- L) Sente-se mais cansado do que o habitual? _____
- M) Tem dificuldades de memória? _____ de que tipo? _____
- N) Por exemplo: esquece-se do que lê? _____ Esqueceu-se do
que aconteceu ontem? _____ e do que ocorreu à uma
hora? _____ Usualmente custa-lhe a encontrar as palavras
correctas? _____ tem dificuldades em
escrever? _____
- O) Esquece-se das coisas que se propõe fazer? _____

Queixas sobre os sintomas específicos episódicos

- A) Tem tido desmaio? _____ Pode descrever as sensações ou experiências relacionados com estes acontecimentos? _____
- B) Alguma vez lhe pareceu estar a ver coisas? _____ Pode descrevê-las? _____
- C) Por vezes parece-lhe que os objectos para os quais está a olhar estão a mudar de tamanho ou de forma? _____
- D) Alguma vez sentiu estar a ouvir coisas? _____ Pode descrevê-las? _____
- E) Por vezes as músicas que está a ouvir transformam-se em ruídos? _____
- F) Tem sentido ou percebido sabores ou odores especiais? _____
- G) Tem sentido, percebido sensações no seu corpo? _____ alteração do tamanho das mãos e dos braços ou de outras partes do corpo? _____

Queixas sobre sintomas constantes e de evolução progressiva

- A) Sente que os seus sintomas (visuais, auditivos, motores) pioraram? _____
- Observações _____
- _____

Queixas sobre transtornos nas funções complexas

- A) Tem dificuldades em orientar-se? _____
- B) Tem problemas para vestir-se ou despir-se? _____
- C) Tem problemas para ler ou escrever? _____ e com notação musical? _____
- Escreva com mais detalhes _____

- D) Observou mudanças na compreensão daquilo que as pessoas lhes dizem? _____ é com esforço que segue ouvir o que é dito nas conversações _____
- E) É lhe difícil falar espontaneamente? _____ Gagueja para articular as palavras? _____ Tem problemas de pronúncia? _____
- F) Tem problemas de cálculo? _____ de que tipo? _____

Observações : _____

PARTE II - Avaliação psicológica da Saúde e Bem-estar

Apoio Social

Redes de suporte informal – vizinhos e familiares

- A) Sente-se bem no sítio onde vive? _____ Sempre viveu aqui, ou onde vivia antes? _____
- B) Com quem vive? _____
- C) Que tipo de relação mantem com os vizinhos? _____
- D) Encontra-se satisfeito com as relações de vizinhança? _____

Observações : _____

Isolamento Social

- A) Quanto tempo passa sozinho por dia? _____
- B) Tem algum confidente com que sente que pode sempre desabafar/ partilhar os seus problemas/ recorrer numa situação de emergência? _____
- C) Costuma receber visitas? _____ Quem o visita? _____ Com que frequência? _____

Observações : _____

Relação de Amizade

- A) Quem são os seus melhores amigos? _____
- B) Com quem gosta de estar? _____

Observações : _____

Atividade

Atividades preferidas/prazenteiras

- A) O que gosta de fazer? _____
- B) Como ocupa os seus tempos livres? _____
- C) O que é que lhe dá mais prazer fazer no seu dia-a-dia?

Observações : _____

Saúde Mental

Auto-avaliação de Saúde e Bem-estar

Em termos de bem-estar como se sente? _____

Avaliação do Questionário de Saúde Geral (Goldberg, adaptado por Faria, 1999) _____

Observações: _____

Promoção da Saúde Mental

O que acha que pode fazer para promover a sua saúde mental?

Observações: _____

Envelhecimento

Envelhecimento bem sucedido

O que é um envelhecimento bem sucedido?

O que acha que é preciso para se ter um envelhecimento bem sucedido?

Observações: _____

Observações principais:

Diagnóstico neuropsicológico/indicação terapêutica

Avaliador _____, Data: _____

Anexo II

Inventário de Saúde Mental adaptado do Mental Health Inventory (Ribeiro; 2001)

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

ABAIXO VAI ENCONTRAR UM CONJUNTO DE QUESTÕES ACERCA DO MODO COMO SE SENTE NO DIA A DIA. RESPONDA A CADA UMA DELAS ASSINALANDO NUM DOS QUADRADOS POR BAIXO A RESPOSTA QUE MELHOR SE APLICA A SI.

1. QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?

- ☐ Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita
- ☐ Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo
- ☐ Geralmente satisfeito e feliz
- ☐ Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz
- ☐ Geralmente insatisfeito, infeliz
- ☐ Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo

2. DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

3. COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

4. DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

5. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

6. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca

☐ Nunca

7. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

8. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?

- ☐ Não, nunca
- ☐ Talvez um pouco
- ☐ Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso
- ☐ Sim, e fiquei um bocado preocupado
- ☐ Sim, e isso preocupa-me
- ☐ Sim, e estou muito preocupado com isso

9. SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?

- ☐ Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias
- ☐ Sim, muito deprimido quase todos os dias
- ☐ Sim, deprimido muitas vezes
- ☐ Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido
- ☐ Não, nunca me sinto deprimido

10. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte das vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muito poucas vezes
- ☐ Nunca

11. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

12. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

13. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo

- ☐ Quase nunca
☐ Nunca
-
14. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?
- ☐ Sim, completamente
☐ Sim, geralmente
☐ Sim, penso que sim
☐ Não muito bem
☐ Não e ando um pouco perturbado por isso
☐ Não, e ando muito perturbado por isso
-
15. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?
- ☐ Sempre
☐ Com muita frequência
☐ Frequentemente
☐ Com pouca frequência
☐ Quase nunca
☐ Nunca
-
16. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?
- ☐ Sempre
☐ Com muita frequência
☐ Frequentemente
☐ Com pouca frequência
☐ Quase nunca
☐ Nunca
-
17. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?
- ☐ Sempre
☐ Quase sempre
☐ A maior parte do tempo
☐ Durante algum tempo
☐ Quase nunca
☐ Nunca
-
18. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?
- ☐ Sempre
☐ Quase sempre
☐ A maior parte do tempo
☐ Durante algum tempo
☐ Quase nunca
☐ Nunca
-
19. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?
- ☐ Sempre
☐ Quase sempre
☐ A maior parte do tempo
☐ Durante algum tempo
☐ Quase nunca
☐ Nunca
-
20. COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?
- ☐ Sempre
☐ Com muita frequência
☐ Frequentemente

- ☐ Com pouca frequência
☐ Quase nunca
☐ Nunca
-
21. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?
- ☐ Sempre
☐ Com muita frequência
☐ Frequentemente
☐ Com pouca frequência
☐ Quase nunca
☐ Nunca
-
22. QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?
- ☐ Sempre
☐ Quase sempre
☐ A maior parte do tempo
☐ Durante algum tempo
☐ Quase nunca
☐ Nunca
-
23. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?
- ☐ Sempre
☐ Quase sempre
☐ A maior parte do tempo
☐ Durante algum tempo
☐ Quase nunca
☐ Nunca
-
24. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?
- ☐ Sempre
☐ Com muita frequência
☐ Frequentemente
☐ Com pouca frequência
☐ Quase nunca
☐ Nunca
-
25. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOCÊ SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?
- ☐ Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia
☐ Muito incomodado
☐ Um pouco incomodado pelos meus nervos
☐ Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso
☐ Apenas de forma muito ligeira
☐ Nada incomodado
-
26. NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?
- ☐ Sempre
☐ Quase sempre
☐ A maior parte do tempo
☐ Durante algum tempo
☐ Quase nunca
☐ Nunca
-
27. DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?
- ☐ Sempre
☐ Com muita frequência

- ☐ Frequentemente
 - ☐ Com pouca frequência
 - ☐ Quase nunca
 - ☐ Nunca
-

28. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

- ☐ Sim, muitas vezes
 - ☐ Sim, algumas vezes
 - ☐ Sim, umas poucas de vezes
 - ☐ Sim, uma vez
 - ☐ Não, nunca
-

29. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?

- ☐ Sempre
 - ☐ Quase sempre
 - ☐ A maior parte do tempo
 - ☐ Durante algum tempo
 - ☐ Quase nunca
 - ☐ Nunca
-

30. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?

- ☐ Sempre
 - ☐ Quase sempre
 - ☐ A maior parte do tempo
 - ☐ Durante algum tempo
 - ☐ Quase nunca
 - ☐ Nunca
-

31. DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?

- ☐ Sempre
 - ☐ Quase sempre
 - ☐ A maior parte do tempo
 - ☐ Durante algum tempo
 - ☐ Quase nunca
 - ☐ Nunca
-

32. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?

- ☐ Sempre
 - ☐ Com muita frequência
 - ☐ Frequentemente
 - ☐ Com pouca frequência
 - ☐ Quase nunca
 - ☐ Nunca
-

33. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?

- ☐ Sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase
 - ☐ Sim, muito
 - ☐ Sim, um pouco
 - ☐ Sim, o suficiente para me incomodar
 - ☐ Sim, de forma muito ligeira
 - ☐ Não. De maneira nenhuma
-

34. NO ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre

- ☐ A maior parte do tempo
 - ☐ Durante algum tempo
 - ☐ Quase nunca
 - ☐ Nunca
-

35. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EMÊSE MANTER CALMO?

- ☐ Sempre
 - ☐ Com muita frequência
 - ☐ Frequentemente
 - ☐ Com pouca frequência
 - ☐ Quase nunca
 - ☐ Nunca
-

36. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?

- ☐ Sempre
 - ☐ Quase sempre
 - ☐ Uma boa parte do tempo
 - ☐ Durante algum tempo
 - ☐ Quase nunca
 - ☐ Nunca acordo com a sensação de descansado
-

37. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?

- ☐ Sempre, todos os dias
 - ☐ Quase todos os dias
 - ☐ Frequentemente
 - ☐ Algumas vezes, mas normalmente não
 - ☐ Quase nunca
 - ☐ Nunca
-

38. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?

- ☐ Sim, quase a ultrapassar os meus limites
 - ☐ Sim, muita pressão
 - ☐ Sim, alguma, mais do que o costume
 - ☐ Sim, alguma, como de costume
 - ☐ Sim, um pouco
 - ☐ Não, nenhuma
-

Anexo IV

Escala modificada de Barthel (Apóstolo, 2012)

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____ D.N. ____/____/____ HD: ____

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL 1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos. 2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal. 3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal. 4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa. 5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.
CATEGORIA 2: BANHO 1. Totalmente dependente para banhar-se. 2. Requer assistência em todos os aspectos do banho. 3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a inabilidade em completar a tarefa pela condição ou doença. 4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência. 5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.
CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO 1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado. 2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição. 3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa. 4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa. 5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.
CATEGORIA 4: TOILETE 1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário. 2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário 3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos. 4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza. 5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;
CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS 1. O paciente é incapaz de subir escadas. 2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares. 3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência. 4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança. 5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.
CATEGORIA 6: VESTUÁRIO 1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades. 2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário 3. Necessita assistência para se vestir ou se despir. 4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc. 5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.
CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)

<ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente apresenta incontinência urinária. 2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento. 3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados. 4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais. 5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.
CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)
<ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente não tem controle de esfínteres ou utiliza o cateterismo. 2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos. 3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento. 4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento. 5. O paciente tem controle de esfínteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.
CATEGORIA 9: DEAMBULACAO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente dependente para deambular. 2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação. 3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares. 4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas. 5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão. <p>Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas</p>
CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas. 2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos. 3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se. 4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados. 5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências). <p>Não se aplica aos pacientes que deambulam.</p>
CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico. 2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência. 3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se. 4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança. 5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Anexo V

Organograma Lar Quinta São Sebastião, Lda.

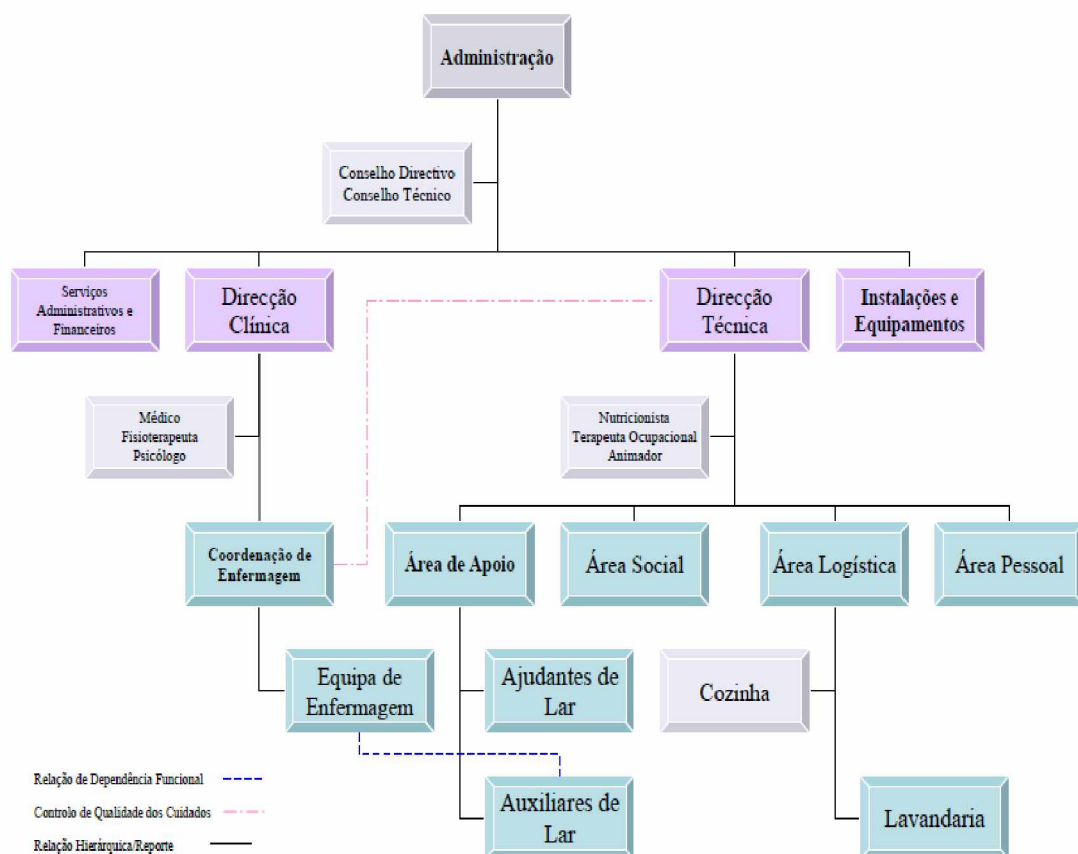


Figura 9 Organograma Lar Quinta de São Sebastião, Lda.